VOTRE VIE! NOTRE AVENIR!

Trousse-ressources sur la prévention du suicide

VOTRE VIE! NOTRE AVENIR! a été rédigé par David C. McTimoney, Roger C. Savoy et Mary A. van Gaal, de David C. McTimoney & Associates Inc., Place Onondaga, bureau D, 1285, rue Onondaga, Oromocto, Nouveau-Brunswick, E2V 2P8 (tél. : (506) 357-9829).

Cette trousse-ressources sur la prévention du suicide a pu voir le jour grâce à une subvention du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones de Santé et Bien-être social Canada.

Your Life! Our Future! is also available in English.

Rédaction : David C. McTimoney and Associates Inc.

Illustrations : Larry Mercredi.

Conception graphique : Oksana Shewchenko.

Impression : Love Printing Services Inc.

Prière indienne

Ob Grand Esprit,
Dont les vents m'apportent la voix,
Écoute-moi, je suis jeune, petit et si faible
Et j'ai besoin de ta force et de ta sagesse.

J'ai besoin de ta force, Ob Grand Esprit,
Non pour être supérieur à mes frères,
Mais pour vaincre mon plus grand ennemi,
MOI-MEME.

Je suis en quête de sagesse,
Des leçons que tu as cachées
Dans chaque feuille et derrière chaque roche
Pour qu'enfin instruit je puisse transmettre ce message de vie et d'espoir à mon peuple.

Que mes mains puissent respecter
Toutes ces magnifiques choses que tu as faites.
Que mon oreille s'affine pour que j'entende ta voix,
Que je marche toujours dans ta beauté
Et que mes yeux puissent enfin contempler la splendeur des crépuscules,

Ainsi, quand ma vie déclinera comme le soleil couchant,
Mon esprit ira à toi sans honte.

J'AI PARLÉ.

REMERCIEMENTS

au

chef et aux aînés de la Nation Sto:lo et
au personnel du Conseil indien de la région de Chilliwack,
et notamment à Valarie Joe et à Ralph Louie,

et

au personnel du projet «Reprendre ses esprits»,
aux membres de la bande Cote et surtout
à Harvey Cote et à Paul Severight

et

aux agents de recherche du CCNAADA-PNLAADA,
Rita LaFrance-Provost et Neville Layne.

Nous témoignons toute notre gratitude à Diana Holleran pour l'esprit de collaboration et la compétence avec lesquels elle a assuré la transcription du manuscrit.

Tous nos remerciements enfin à Oksana Shewchenko pour sa patience, sa compréhension et ses talents créateurs.

103-00555/

AVANT-PROPOS

Le service de recherche et de développement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, qui est géré en collaboration avec le Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, finance au Canada un large éventail d'activités de recherche sur les toxicomanies qui présentent de l'intérêt pour les autochtones. Les projets réalisés visent à étudier ou à mettre au point des programmes et des modèles novateurs dans les domaines du traitement, de la prévention et du maintien, de la formation et des programmes communautaires, ainsi que dans d'autres domaines de recherche prioritaires.

Le service de recherche et de développement entend aussi communiquer les résultats de ces projets aux populations amérindienne et inuit du Canada. C'est ainsi que, pendant l'année financière 1988-1989, le Conseil consultatif national a entrepris de publier et de diffuser des rapports, guides et autres documents de recherche et de développement élaborés par divers groupements communautaires ou autres organismes bénéficiaires. Il s'agit de s'assurer qu'une information à jour et utile sur les nouveaux modèles d'intervention et de développement est mise à la disposition des gens qui jouent un rôle dans le domaine des toxicomanies autochtones : conseillers, directeurs de centre de traitement, intervenants en prévention et maintien, planificateurs de programmes communautaires, chercheurs, évaluateurs et administrateurs de collectivité.

Il y a plusieurs années, le Comité de recherche du CCNAADA a fait de l'étude du suicide et de sa prévention une activité prioritaire. Deux collectivités, la Nation Sto:lo (et le Conseil indien de la région de Chilliwack, en Colombie-Britannique) et la bande Cote de la Saskatchewan, ont demandé et reçu des fonds pour réaliser chacune un projet de démonstration en prévention du suicide. C'est de l'information réunie par les artisans des deux projets qu'est née la trousse.

Le Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (CCNAADA) est heureux de collaborer avec les responsables du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) de Santé et Bien-être social Canada à la diffusion de VOTRE VIE! NOTRE AVENIR! La nécessité d'un travail de prévention, d'éducation et de recherche concernant le suicide est un des principaux soucis de notre peuple. Cette publication à orientation pratique témoigne des efforts constants du PNLAADA et du CCNAADA en vue de satisfaire les besoins des Premières Nations et du peuple inuit.

Le document est disponible dans les deux langues officielles. On peut s'en procurer un exemplaire au PNLAADA. Pour conclure, je répéterai volontiers avec les auteurs que **votre vie, c'est notre avenir!**

Le directeur exécutif du CCNAADA,
(Louise Mayo)

TABLE DES MATIÈRES

PRIÈRE INDIENNE i
REMERCIEMENTS ii
AVANT-PROPOS iii

INTRODUCTION 1
COMMENT CONSULTER VOTRE VIE! NOTRE AVENIR! 5

CHAPITRE 1
LE SUICIDE, PLUS QU'UN FAIT DE LA DE LA MORT 11
1.1 Élaboration d'une définition du suicide 13
1.2 Définition «pratique» du suicide 14
1.3 Recommandations 15
1.4 Mise en garde 15

CHAPITRE 2
BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE ET INDEX AUTEURS ET MATIÈRES 17
2.1 Bibliographie annotée 20
2.2 Index auteurs 187
2.3 Index matières 205

CHAPITRE 3

QUESTIONS COURANTES ET RÉPONSES SUR LE SUICIDE 219
3.1 Mythes 221
3.2 Signes précurseurs 228
3.3 Statistiques 230
3.4 Risque 233
3.5 Caractéristiques 236
3.6 Prévention 238
3.7 Intervention 240
3.8 Postvention 243
3.9 Causes 244

CHAPITRE 4

CENTRES ET RESSOURCES DE PRÉVENTION DU SUICIDE 247
4.1 Alberta 249
4.2 Colombie-Britannique 252
4.3 Manitoba 257
4.4 Nouveau-Brunswick 258
4.5 Terre-Neuve et Labrador 258
4.6 Territoires du Nord-Ouest 258
4.7 Nouvelle-Écosse 259
4.8 Ontario 260
4.9 Ile-du-Prince-Édouard 268
4.10 Québec 268
4.11 Saskatchewan 270
4.12 Yukon 270
4.13 Canada 270

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La notion de suicide n'est pas facilement comprise ni acceptée. Elle est pourtant devenue un fait de la vie pour les Premières nations et le peuple inuit. Nos vies[1] ont été touchées par le phénomène du suicide d'une manière ou d'une autre. Nous avons tous à un moment quelconque été les témoins ou les victimes de la mort d'un être cher, ami, collègue, voisin ou membre de la même collectivité à cause du suicide. Beaucoup d'entre nous ont éprouvé un sentiment d'impuissance et de désespoir dans la lutte contre cet ennemi. **Votre vie! Notre avenir!** est un trousse-ressources qui vise à atténuer ce genre de sentiment en offrant une méthode pratique d'obtention d'informations sur le phénomène du suicide.

L'objet de **Votre vie! Notre avenir!** est triple :

(1) renseigner suffisamment nos frères autochtones sur le suicide pour qu'ils puissent prendre des décisions réfléchies sur leur propre vie;
(2) réduire (avec le temps) l'incidence du suicide;
(3) prendre en charge notre avenir comme membres des Premières Nations et du peuple inuit.

Il convient également de noter que, dans l'élaboration de **Votre vie! Notre avenir!**, nous avons formulé un certain nombre d'hypothèses :

(1) Le suicide peut être prévenu.
(2) Les programmes antisuicide seront présentés aux populations autochtones par des formateurs autochtones et inuit, mais ne se limitent pas à cette destination.
(3) Autochtones et Inuit croient à leur responsabilité en matière de prévention autodirigée.
(4) Autochtones et Inuit agiront avec tout le sérieux possible pour prévenir le suicide.
(5) Avant de mettre en route des programmes de prévention, d'intervention et de postvention en matière de suicide, on établir un **service d'appui** pour procurer aux intervenants tout le soutien nécessaire. Ainsi, on prendra contact avec un spécialiste ou un organisme spécialisé se trouvant à proximité et on prendra les arrangements nécessaires pour qu'il puisse nous dépanner au besoin. Il pourrait s'agir, par exemple, de fournir des renseignements généraux, de donner des conseils en matière éducative ou clinique ou d'apporter un soutien en cas d'urgence.

Votre vie! Notre avenir! est une sorte de guide de l'utilisateur en ce qui concerne l'information sur le suicide et vise à faciliter l'organisation, la réalisation et l'animation de programmes antisuicide. Il vise à aider les **intervenants en services** (intervenants en alcoolisme et autres toxicomanies, éducateurs, travailleurs de la santé, agents de services d'aide à l'enfance et à la famille, etc.) des Premières Nations et du peuple inuit à répondre à la demande croissante de renseignements sur le suicide. **Votre vie! Notre avenir!** tient compte du fait que les intervenants en services sont généralement des gens fort occupés qui, en raison de la nature de leur travail et de l'éloignement des collectivités servies, subissent une foule de contraintes qui ne leur donnent pas le temps d'examiner à fond, le cas échéant, la documentation spécialisée sur le suicide. **Votre vie! Notre avenir!** donne à ces intervenants le moyen de répondre aux demandes d'information sans avoir à consacrer des semaines à la recherche documentaire.

En plus d'assurer un accès sûr, rapide et facile à l'information sur le suicide, **Votre vie! Notre avenir!** comble les besoins d'information de trois catégories distinctes de gens. Pour être bien clairs, nous

1 Ce document est destiné avant tout aux Premières Nations et à la population inuit et est écrit, par conséquent, à la première personne de pluriel.

parlerons de «niveaux d'information» pour ces différents besoins. Il ne s'agit pas d'hiérarchiser l'information ni les groupes de gens. L'organisation de la matière répond essentiellement à des impératifs de clarté et d'économie de la présentation.

Voici ces trois niveaux d'information :

Niveau I :	grand public;
Niveau II :	intervenants non professionnels en services (bénévoles);
Niveau III :	intervenants professionnels et paraprofessionnels en services.

Toute l'information de **Votre vie! Notre avenir!** a été recueillie, analysée et organisée en fonction des besoins d'information de ces trois groupes. Ainsi, tous les renseignements présentés sont de niveau I, II ou III. Grâce à cette organisation des matériaux, vous pourrez trouver rapidement l'information qui convient le mieux à votre clientèle.

Votre vie! Notre avenir! se divise en quatre grandes parties :

a) définition pratique du suicide;
b) bibliographie annotée et index auteurs et matières;
c) questions courantes et réponses sur le suicide;
d) liste d'associations canadiennes s'occupant de suicide.

CHAPITRE 1. SUICIDE : PLUS QU'UN FAIT DE LA VIE ET DE LA MORT

Cette section énonce une définition pratique du suicide qui complète l'information présentée dans cette publication et en accroît la valeur pratique globale pour les responsables et les intervenants de programmes de prévention.

CHAPITRE 2. BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE ET INDEX AUTEURS ET MATIÈRES

Cette section renferme une bibliographie annotée d'articles de revue, de documents audio-visuels, de livres, de brochures, de livrets de renseignements, de trousses d'éducation et de rapports sur le suicide. Il présente en plus un index-auteurs et un index-matières s'appliquant uniquement à la bibliographie.

CHAPITRE 3. QUESTIONS COURANTES ET RÉPONSES SUR LE SUICIDE

En troisième partie, la trousse-ressources présente une série de questions fréquemment posées sur le suicide avec les éléments de réponse nécessaires. C'est un instrument d'éducation qui stimulera la discussion, servira à l'élaboration de documents de prévention et pourra faire l'objet d'une consultation rapide pour les besoins de la recherche.

CHAPITRE 4. CENTRES ET RESSOURCES DE PRÉVENTION DU SUICIDE

La section 4 dresse une liste de centres et de ressources de prévention du suicide au Canada.

Comme vous pouvez le constater, **Votre vie! Notre avenir!** est riche en informations. Bien qu'il se distingue par sa simplicité, il y a des détails sur la façon de le consulter que nous avons voulu vous présenter pour en faciliter l'emploi. La section qui suit sur le mode de consultation de **Votre vie! Notre avenir!** renferme tous ces détails.

FAÇON DE CONSULTER
VOTRE VIE! NOTRE AVENIR!

FAÇON DE CONSULTER VOTRE VIE! NOTRE AVENIR!

Après lecture de l'introduction, vous savez que **Votre vie! Notre avenir!** est une véritable mine de renseignements. Vous vous demandez peut-être quelle est la meilleure façon de le consulter. Son emploi sera, bien sûr, fonction de vos besoins. Nous vous suggérons de prendre quelques minutes pour réfléchir à ceux-ci. Il importe que vous le fassiez parce que la façon dont **Votre vie! Notre avenir!** est conçu vous permet de passer directement à la section qui correspond à vos besoins.

CHAPITRE 1. SUICIDE : PLUS QU'UN FAIT DE LA VIE ET DE LA MORT

Pour consulter **Votre vie! Notre avenir!** avec le plus d'efficacité, il serait bon que vous lisiez d'abord la section 1, qui vous donnera une définition pratique du **suicide**. L'énoncé vous sera très utile dans l'élaboration de vos questions de recherche et la constatation de vos besoins d'information clinique et d'autres renseignements.

CHAPITRE 2. BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE AVEC INDEX-AUTEURS ET MATIÈRES

La bibliographie annotée présente des notices sur des articles de revue, des livres, des manuels, des documents audio-visuels, des livrets de renseignements, des rapports, des documents de recherche, etc. Les signalements ont été choisis en fonction des critères suivants :

1) documents portant sur les Inuit et les Amérindiens (Amérique du Nord) sans égard à l'année de parution;
2) documents traitant de prévention du suicide et parus après 1983;
3) documents canadiens sur le suicide parus après 1983;
4) livres sur la prévention du suicide parus après 1978.

L'information présentée dans la bibliographie annotée a été analysée et marquée comme répondant aux besoins de groupes déterminés de gens. En d'autres termes, chaque notice porte une mention de niveau I, II ou III.

Niveau I : Grand public

Par information de niveau I, nous entendons des renseignements généraux sur le suicide qui se caractérisent par l'absence ou la rareté des termes techniques et souvent par la brièveté et la facilité de lecture.

Niveau II : Intervenants non professionnels en services (bénévoles)

Par information de niveau II, nous entendons les renseignements qui s'adressent à des non-professionnels comme les bénévoles s'occupant d'ateliers de formation, de soins de santé et de services sociaux; cette information traite en profondeur d'un sujet sans recourir à des termes trop techniques.

Niveau III : Intervenants professionnels et paraprofessionnels en services

Par information de niveau III, nous entendons des renseignements convenant aux chercheurs, aux professionnels ou aux auxiliaires désireux d'obtenir des renseignements détaillés et précis;

on trouve souvent à ce niveau des documents fort techniques qui décrivent par le menu les résultats de travaux de recherche théoriques et cliniques.

Chaque notice de la bibliographie annotée contient les renseignements suivants :

(1) **Auteur(s) :** auteur, éditeur ou «émetteur» de l'article; toutes les notices sont disposées par ordre alphabétique selon le nom du principal auteur, éditeur ou «émetteur».

(2) **Titre :** titre complet du document comme celui-ci l'indique.

(3) **Source :** nom de la publication, de la maison d'édition, de la source de production ou de l'organisme de parrainage du document; on indique également l'adresse de l'éditeur si on l'a; les autres renseignements fournis sont le volume de la publication, le numéro (entre parenthèses), les numéros de page et la date et, à des fins de localisation, les numéros de commande, les cotes de classement et les numéros ISBN quand on les connaît.

(4) **Forme :** par forme de document, on entend un livre, un article de revue, un manuel, un livret de renseignements, un rapport, une cassette, etc.).

(5) **Adresse :** adresse de la source de réimpression, de l'auteur, de l'éditeur ou de la source de distribution.

(6) **Niveau :** degré prévu d'intérêt ou de difficulté de chaque document.

(7) **Résumé :** s'ils n'existent pas déjà, les résumés présentés viennent des auteurs. Outre la bibliographie annotée, cette section présente un index-auteurs et un index-matières.

Index-auteurs : Cet index permet de trouver une notice numérotée de la bibliographie annotée selon l'auteur principal ou les auteurs secondaires ou les collaborateurs.

Index-matières : Cet index permet de trouver une notice numérotée de la bibliographie annotée selon les principaux sujets abordés dans le document. Cet index présente un caractère général et peut ne pas comprendre tous les documents qui traitent d'un sujet déterminé; il facilitera la consultation des principaux documents portant sur un sujet.

A moins que vous n'ayez le temps de lire toute la bibliographie annotée, la meilleure façon d'utiliser celle-ci est de se reporter à l'index-auteurs ou à l'index-matières. Si vous avez le nom d'un auteur et voulez vous renseigner sur une de ces oeuvres, consultez l'index-auteurs. Par contre, si vous avez un sujet particulier à l'esprit, reportez-vous à l'index-matières. Une fois que vous aurez trouvé la mention qui vous intéresse, notez les chiffres qui la suivent. Ils correspondent aux numéros de notice de la bibliographie annotée. Vous n'avez alors qu'à prendre cette bibliographie et à y repérer les numéros cités dans l'index.

CHAPITRE 3. QUESTIONS COURANTES ET RÉPONSES

La section «Questions et réponses» de la trousse-ressources sur le suicide répond à des questions fréquemment posées sur le suicide. Vous y trouverez suffisamment de renseignements pour faire un premier tour de la question. Vous pourrez en outre l'utiliser dans le cadre d'un atelier ou d'une séance de formation pour réunir des éléments de discussion sur divers aspects du suicide, réviser les principaux sujets, procéder à une consultation rapide ou élaborer des documents de prévention.

Les «questions et réponses» traitent de neuf aspects du phénomène du suicide. Les réponses sont aussi claires et concises que le permet le sujet abordé. A la fin de chaque réponse se trouvent des numéros qui renvoient à la bibliographie annotée. Les références sont soit le document où a été puisée la réponse ou des documents fournissant des renseignements semblables ou complémentaires sur la question. Si on dispose d'un exemplaire de ces documents, on pourra approfondir une réponse. Dans la mesure du possible, on cite des documents de tous les niveaux et de toutes les catégories afin d'assurer un traitement complet du sujet.

Les questions et réponses se répartissent entre les catégories suivantes :

1. **Mythes :** fausses idées que l'on se fait habituellement sur le suicide;

2. **Signes précurseurs :** principaux signes avant-coureurs ou signaux d'alarme du comportement suicidaire.

3. **Statistiques :** données statistiques sur les taux de suicide;

4. **Risques :** facteurs exposant les gens aux risques de suicide;

5. **Caractéristiques :** quelques définitions et caractéristiques de base en ce qui concerne la nature du suicide;

6. **Prévention :** méthodes et idées récentes en matière de prévention du suicide;

7. **Intervention :** méthodes, procédures et moyens employés pendant une crise de suicide;

8. **Postvention :** information sur les mesures et les procédures intervenant après un suicide;

9. **Causes :** données de recherche sur les causes ou les facteurs contribuants du comportement suicidaire.

CHAPITRE 4. CENTRES ET RESSOURCES DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Cette section présente une liste de centres et de ressources de prévention du suicide qui vous aidera à trouver auprès de spécialistes ou d'organismes spécialisés les **services d'appui** dont vous avez besoin. Il serait bon que vous vous donniez la peine de parcourir cette liste pour mieux connaître les ressources disponibles dans votre région.

Nous espérons que cette section vous sera utile. Nous avons voulu que le mode de consultation de **Votre vie! Notre avenir!** et la façon de l'expliquer soient le plus simples possible.

CHAPITRE 1

LE SUICIDE, PLUS QU'UN FAIT DE LA VIE ET DE LA MORT

LE SUICIDE, PLUS QU'UN FAIT DE LA VIE ET DE LA MORT

De prime abord, on peut voir dans le suicide un simple fait de la vie et de la mort. Ce qu'on constate simplement cependant, c'est que ni la vie ni la mort ni le suicide ne s'expliquent facilement. On a multiplié les écrits et on ne cesse de poursuivre les recherches, mais on n'a pas encore découvert les causes réelles du suicide. C'est précisément pour cette raison, l'ignorance des causes, qu'il importe que les responsables de programmes se donnent une «définition pratique» du phénomène. Nous proposerons une définition propre à fournir un «cadre opérationnel» uniforme dans le temps et d'un programme à l'autre, un cadre qui ait des fondements théoriques mais se prête à des applications pratiques et qui, tout en favorisant la cohérence dans le temps, donne de la souplesse dans les situations concrètes et permette une évaluation et un développement en cours d'utilisation. Dans leur ouvrage intitulé *Brief Counseling with Suicidal Persons* (1983, page xiii) Getz et coll. disent que, dans l'ensemble, si on veut s'occuper efficacement de patients suicidaires, on doit avoir de bons principes sur le plan théorique, de la souplesse sur le plan clinique et une présence active sur le plan de la démarche et de la pratique. Nous sommes tout à fait d'accord!

On ne saurait trop insister sur l'importance d'intégrer une définition pratique du suicide à **Votre vie! Notre avenir!** L'objet principal de cette publication est d'aider les responsables et les agents de programmes de prévention à concevoir des activités permettant d'inculquer des modes de vie et des aptitudes d'«adéquation» incompatibles avec les pensées, sentiments et comportements suicidaires. Il importe donc de fournir une «définition de travail» qui complète l'information présentée et rehausse l'utilité pratique générale de la publication pour les artisans de tels programmes.

1.1 Élaboration de la définition

La prémisse de notre définition pratique du suicide est que celui-ci met fin à la **vie**. Il s'ensuit qu'une définition semblable, qui entend faciliter la mise en place de programmes de prévention destinés à augmenter la probabilité d'un maintien de la vie, devrait en fait s'articuler autour d'une notion de la vie où la personne, autrui, le milieu, le temps, l'intention, le sens et la spiritualité trouveront leur place. Les aspects suivants interviennent donc dans l'élaboration de notre définition :

La personne

Nous nous attacherons à trois aspects de la personne :

a) **Le soi physique**, c'est-à-dire la constitution, la chair, les organes, le sang, etc.;
b) **Le soi mental,** c'est-à-dire l'intellect et la faculté de résoudre des problèmes, de planifier, etc.;
c) **Le soi social,** c'est-à-dire la faculté foncière d'entrer en interaction avec autrui et avec le milieu.

Autres

Par autrui, nous entendrons tous les gens autres que l'intéressé avec leurs caractéristiques propres.

Milieu

Par milieu, nous entendrons la maison, le travail et le quartier ou la collectivité. Le milieu est illimité sur le plan de l'étendue et des lieux.

Temps

Le temps, c'est le passé, le présent et le futur. Au présent sera liée la notion de force par opposition à la notion d'impuissance, le passé à la notion d'expérience par rapport à la notion d'infortune et l'avenir à la notion d'espoir par rapport à la notion de désespoir.

Intention

Par intention, nous entendons ce que vous faites tous les jours pour donner un sens à votre vie.

Sens

Le sens est ce but global vers lequel tend la personne. Le sens peut différer selon les personnes et, dans tous les cas, il s'agit de quelque chose à quoi les gens attachent du prix.

Spiritualité

Le mode de vie des Amérindiens du passé était fonction de leur capacité de vivre dans le présent et de faire ce qui devait être fait au bon moment au mieux des intérêts de tout le peuple. A la base de cet énoncé, il y a nécessairement la vie spirituelle d'un peuple qui a toujours su se laisser guider par son Créateur et rendre grâce à celui-ci.

Vie

Pour nous, la vie humaine veut dire penser, sentir et agir (comportement). Rappelons encore une fois que nous élaborons une définition pratique qui n'a rien de la vérité absolue.

Réunissons maintenant tous ces termes afin de proposer un **mode de vie axé sur la responsabilité**.

La personne sérieuse ou responsable est celle qui pense, sent et agit en tenant compte de son soi mental, physique et social, ainsi que des autres et du milieu où ils vivent. Elle découvre habituellement qu'en faisant ce qu'on a à faire au bon moment au mieux des intérêts de **tout le monde** (ce qui comprend l'intéressé), on améliore l'image de soi, on voit mieux le sens de la vie et ce qu'on a à faire tous les jours (intention). La vie acquiert un caractère spirituel quand la personne se laisse guider par le Créateur et rend grâce à celui-ci.

1.2 Définition pratique du suicide

Le suicide est **l'acte par lequel quelqu'un met un terme à sa propre vie**, le geste définitif par lequel il met un terme à ses pensées, à ses sentiments et à ses actes. Le suicide se produit toujours dans le présent (impuissance), découle du passé (infortune) et supprime l'avenir (désespoir).

1.3 Recommandations

Les programmes de prévention du suicide devraient se concentrer sur l'idée que se fait la personne de son présent, de son passé et de son avenir. Il s'agit de faire passer la personne d'un sentiment d'impuissance à un sentiment de force, de faire le bilan du passé sans juger et de dresser des plans positifs pour l'avenir. Là où il y a de l'**espoir**, il y a de l'**avenir**!

1.4 Mise en garde

Dans la documentation spécialisée, on s'inquiète de la réaction à la dramatisation médiatique du suicide dans les films, les documentaires et les autres présentations. Il est nécessaire que tous les programmes de prévention du suicide veillent à trouver des personnes et des organismes capables, le cas échéant, d'intervenir en cas de crise suicidaire. Le lecteur a intérêt à consulter la rubrique «médias» de l'index-matières.

CHAPITRE 2

BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE ET INDEX AUTEURS ET MATIÈRES

BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE ET INDEX AUTEURS ET MATIÈRES

Les renseignements présentés dans cette bibliographie annotée viennent d'une diversité de sources. Dans la plupart des cas, les articles, livres, rapports, documents audio-visuels, etc., faisant l'objet d'une description peuvent être commandés à ces sources.

Comme nous l'avons mentionné dans «Comment consulter Votre vie! Notre avenir!», les résumés sont souvent tirés directement de l'article de revue ou de la source d'information. Dans ce cas, la source où est puisé le résumé est indiquée directement au-dessous. Nous avons employé les sources suivantes :

DIALOG DIALOG Information Services, Micro Media Ltd., 158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3 (tél. (sans frais) : 1 800 387-2689).

ERIC ERIC-EDRS, Document Reproduction Service, 3900, avenue Wheeler, Alexandria, Virginie, États-Unis 22314-64009 (tél. : (703) 823-0500).

Medline DIALOG Information Services.

Mental Health DIALOG Information Services.

Psychological Abstracts *Psychological Abstracts*, American Psychological Association Inc., Arlington, Virginie, États-Unis.

C.I.E.S. Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T2N 2A4 (tél. : (403) 245-3900).

Sociological Abstracts *Sociological Abstracts*, Sociological Abstracts Inc., C.P. 22206, San Diego, Californie, États-Unis 92122-0206 (tél. : (619) 565-6603).

On peut se procurer les documents à d'autres sources ou directement de l'auteur. La principale source où puiser tous les documents indiqués dans cette trousse est votre bibliothèque locale. Grâce au service de prêts entre bibliothèques, on peut obtenir des ouvrages de bibliothèques spécialisées ou universitaires de tout le pays. Dans bien des cas, on pourra utiliser l'adresse (auteur, projet, centre d'information ou maison d'édition) mentionnée dans la plupart des notices. C'est la meilleure façon de procéder quand on recherche des brochures, des livrets de renseignements, des rapports, des documents didactiques ou tout autre document de même nature.

2.1 Bibliographie annotée

(1)

Auteur(s) : Comité albertain sur l'enfance et la jeunesse.

Titre : Suicide is the second leading cause of death among teenagers in Alberta.

Source : What you should know about Alberta children and their families...the dark side, Comité albertain sur l'enfance et la jeunesse, Edmonton (Alberta), Canada, p. 107 et 108, 1982.

Forme : livre (chapitre)

Adresse : Comité albertain sur l'enfance et la jeunesse, Edmonton (Alberta), Canada.

Niveau : II.

Ces deux pages d'un rapport sur l'enfant et la famille en Alberta constituent une introduction générale à la question du suicide (nature et statistiques) dans cette province. On y met l'accent sur le suicide chez les adolescents et les jeunes autochtones. Les illustrations présentent par région géographique l'augmentation de 1951 à 1976 du nombre de suicides dans la population en général et chez les adolescents dans cette province. Le document évoque également les facteurs par lesquels s'explique ce phénomène.

(C.I.E.S.)

(2)

Auteur(s) : Ministère de l'Éducation de l'Alberta.

Titre : Understanding depression and suicide. Student booklet.

Source : Ministère de l'Éducation de l'Alberta, Direction de l'enseignement spécialisé, 1987.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Ministère de l'Éducation de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada.

Niveau : I.

Ce document donne aux élèves des renseignements de base sur le suicide. Il décrit les symptômes de la dépression et les liens entre celle-ci et le suicide. Il présente certains signes précurseurs importants de l'intention de suicide sur le plan physique, émotif et comportemental. Il passe en revue les mythes et les vérités qui circulent sur le phénomène du suicide. Il donne quinze grandes consignes que pourra suivre l'élève qui affronte ce genre de situation. On y trouve enfin une liste générale d'intervenants possibles en situation de suicide, ainsi qu'une liste d'organismes auxquels on peut s'adresser.

(ERIC)

(3)

Auteur(s) : Allen, B.P.

Titre : Youth suicide.

Source : Adolescence, 22(86) : p. 271 à 290, été 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Allen, Université Western Illinois, Macomb, Illinois, États-Unis 61455.

Niveau : III.

Ce document examine la documentation spécialisée sur le suicide chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) pour la période 1980-1985. Il met l'accent sur les facteurs déterminants généraux du suicide, les éléments de prévision (sous la forme de tests psychologiques), les événements «précipitants» (causes immédiates) et les indices laissant prévoir une tentative imminente d'autodestruction. Il donne enfin des suggestions de prévention et aborde la question des limites de la recherche sur le suicide.

(Medline)

(4)

Auteur(s) : Alonso Fernandez, Francisco.

Titre : Conducta suicida en la adolescencia (un ensayo de penetración comprensiva en las estadísticas). [Comportement suicidaire dans l'adolescence : Essai de compréhension du phénomène par la statistique].

Source : Psicopatología, vol. 5(2) : 147 à 159, avril-juin 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : U Complutense de Madrid, Madrid, Espagne.

Niveau : III.

Ce document présente des données statistiques sur le suicide chez les adolescents et décrit les fondements existentiels du comportement suicidaire de l'adolescent et les éléments nécessaires à la prévention du phénomène. Le groupe des adolescents présente généralement un nombre plus élevé de tentatives de suicide et un nombre moins élevé de morts par suicide que les autres groupes d'âge. Parmi les facteurs causaux du suicide dans l'adolescence, on compte l'absence d'une identité personnelle et l'aliénation par rapport au monde des adultes.

(Psychological Abstracts)

(5)

Auteur(s) : American Association of Suicidology.

Titre : Suicide prevention and crisis intervention agencies in the United States.

Source : American Association of Suicidoloy, 1985.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : American Association of Suicidology, 2459, rue Ash sud, Denver, Colorado, États-Unis 80222.

Niveau : II.

Ce document indique le nom et l'adresse des organismes américains s'occupant de prévention et d'intervention d'urgence en matière de suicide. Les mentions sont disposées par ordre alphabétique selon les États et les villes.

(6) Auteur(s) : Andriolo, K.R.

Titre : Masked suicide.

Source : Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise (13e congrès), Vienne, Autriche, 5 p., 1985.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

L'auteur décrit les comportements autodestructeurs des peuples primitifs et cite l'exemple du «suicide masqué» chez les Crows. Le membre de la tribu qui veut mourir annonce sa volonté sous une forme rituelle et cherche la mort au combat en prenant des risques qui mènent à la mort. Son geste est accepté et loué par le reste de la tribu.

(C.I.E.S.)

(7) Auteur(s) : Armstrong, S.

Titre : Reason to live: A special report on youth suicide.

Source : Canadian Living, 12(3) : 39 à 51, 12 mars 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : I.

Cet article général aborde la question du suicide chez les jeunes d'un point de vue canadien. Il résume certains cas qui se sont produits, passe en revue les signes avant-coureurs et fait des suggestions sur l'aide qui peut être apportée. Il présente enfin un compte rendu d'entrevues avec Solursh, Tanney et Joffe où sont reprises les questions courantes sur le phénomène du suicide chez les jeunes. Il existe aussi un vidéo portant le même nom.

(C.I.E.S.)

(8) Auteur(s) : Bagley, C.R.

Titre : Suicide and careless death in young males: Ecological study of an aboriginal population in Canada.

Source : Manuel, p. 2, 1987.

Forme : manuscrit.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : II.

Cette étude du Dr Bagley sur le phénomène du suicide dans la population autochtone masculine a permis de constater des taux de suicide supérieurs à ceux qui avaient été communiqués par le Bureau du médecin légiste de l'Alberta. A l'aide d'une définition large du «suicide et de la mort par négligence», l'auteur a examiné les dossiers d'hommes âgés de 15 à 34 ans pour la période 1980-1984. Il s'est attaché aussi bien aux suicides qu'aux cas de suicide apparent. Une analyse corrélative des taux de 26 réserves a permis de dégager une corrélation entre le suicide et la mort par négligence, d'une part, et les latitudes septentrionales, la faiblesse du revenu et l'isolement par rapport à la ville, d'autre part.

(C.I.E.S.)

(9) Auteur(s) : Bagley, Christopher.

Titre : Child abuse by the child welfare system.

Source : Journal of Child Care, vol. 2(3) : 63 à 69, avril 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Bagley, Université de Calgary, Faculté de bien-être social, Calgary (Alberta), Canada.

Niveau : II.

Ce document décrit le cas d'un enfant autochtone qui s'est suicidé après avoir passé 13 ans sous la tutelle du gouvernement canadien et sous les soins et la surveillance des agents du régime d'aide à l'enfance et de plusieurs familles d'accueil. Il présente une sorte de récit autobiographique des expériences de l'enfant dans ce régime et illustre l'incapacité de celui-ci de s'occuper convenablement des besoins des enfants qu'il prend en charge.

(Psychological Abstracts)

(10) Auteur(s) : Barnes, R.A., et Ennis, J.

Titre : Évaluation et traitement du malade suicidaire.

Source : Médecine moderne du Canada, vol. 40(5), p. 450a à 450h.

Forme : article de revue.

Adresse : Barnes, Programme S.H.A.R.E., Service de psychiatrie, Hôpital général de Toronto, Toronto (Ontario), Canada.

Niveau : III.

Beaucoup de patients suicidaires accusent une certaine ambivalence dans leurs desseins et la plupart (proportion de 80 %) cherchent une aide spécialisée avant d'essayer de mettre fin à leurs jours. La tentative de suicide est habituellement un acte impulsif qui vise à blesser quelqu'un. Les taux de suicide sont demeurés relativement stables depuis un siècle et ce n'est que depuis les années 1950 que la fréquence du phénomène a augmenté chez les gens âgés de 20 à 40 ans. Au nombre des facteurs contribuants, on compte les pertes récentes d'êtres chers, le stress et l'isolement dans la société. Les médecins devraient être conscients des risques de suicide ou d'auto-agression chez les patients qui semblent en proie à la dépression ou traversent une période difficile sur le plan émotif. L'existence de bons rapports entre médecin et patient atténuera fréquemment les risques immédiats de tentative de suicide. Dans le traitement des patients suicidaires, le principal facteur est une relation d'appui et d'encouragement entre le médecin et son patient. Si le médecin est ouvert et se garde de juger, il pourra sans doute intervenir avec succès.

(Résumé (synopsis) de revue)

(11) Auteur(s) : Beck, Aaron T., Resnik, Harvey L.P., et Lettieri, Dan J.

Titre : The prediction of suicide.

Source : The Charles Press Publishers Inc., Bowie, États-Unis, 1974; cote HV6545, p. 7, ISBN 0-913486-13-2.

Forme : livre.

Adresse : The Charles Press Publishers Inc., Bowie, Maryland, États-Unis 20715.

Niveau : III.

Ce recueil d'articles de gens qui font autorité dans le domaine de la suicidologie a pour objet la mise au point d'un outil de précision pour la prévision du suicide. Joseph Zublin décrit les tâches de caractérisation du suicide et les met dans une perspective historique et philosophique. Alex D. Pokorny présente un plan de classement des comportements suicidaires et Aaron T. Beck, Dan Schuyler et Ira Herman s'attachent à la question de l'élaboration d'échelles d'appréciation de l'intention de suicide. Une série d'articles aborde les questions fondamentales de recherche en prévention du suicide : défis de la prévision du suicide (James C. Diggory), prévision démographique et prévision clinique (David Lester), variables de l'évaluation du risque de suicide (Jerome A. Motto), influence de l'humeur (R.C.B. Aitken), constatation clinique du risque de suicide (George E. Murphy), échelles sociocliniques de confirmation du mode de décès (Dan J. Lettieri et Alexis M. Nehemkis); modèles de prévision du comportement suicidaire (Robert E. Litman, Norman L. Farberow, Carl I. Wold et Timothy R. Brown). Les résultats de la recherche indiquent que les causes et la prévision proprement dite sont à la fois complexes et incertaines et que seules des recherches plus poussées nous permettront d'établir une distinction entre les gens qui ont un comportement suicidaire, ceux qui attentent à leurs

jours et ceux qui se suicident. D'autres articles étudient les échelles de prévision du suicide et leurs applications : échelles de prévision de la mort par suicide (Dan J. Lettieri), appréciation risque-sauvetage (Avery Weisman et J.W. Worden), toxicologie des médicaments couramment utilisés par les suicidaires (Robert S. Sterling Smith) et échelle d'appréciation en prévention du suicide (William W.K. Zung).

(12)

Auteur(s) :	Beck, Aaron T., Rush, John A, Shaw, Brian F., et Emery, Gary.
Titre :	Cognitive therapy of depression.
Source :	The Guilford Press, New York, États-Unis, 1979; cote RC537.C63, ISBN 0-89862-000-7.
Forme :	livre.
Adresse :	The Guilford Press, New York, État de New York, États-Unis.
Niveau :	III.

Ce document décrit la thérapie dite intellectuelle ou mentale comme une démarche structurée à la fois active, directive et limitée dans le temps qui permet de traiter une diversité de troubles d'ordre psychique (dépression, anxiété, phobies, douleurs, etc.) en faisant intervenir le principe suivant lequel l'affectivité et le comportement sont largement déterminés par la façon dont une personne structure sa vision du monde. Avant d'examiner ce sujet plus en détail, les auteurs donnent un aperçu du traitement «intellectuel» de la dépression. Ils décrivent ensuite en détail l'emploi de la thérapie intellectuelle dans les cas de dépression : rôle des émotions dans cette thérapie, nature générale de la collaboration thérapeutique, structure de l'entrevue thérapeutique, entrevue initiale, mode type de traitement, recours aux techniques comportementales (behaviorisme), techniques intellectuelles, principaux symptômes à viser en thérapie, modes d'entrevue et techniques spécifiques pour les patients suicidaires déprimés, utilisation de «devoirs» de patient, problèmes techniques et notamment ceux de l'arrêt et de la rechute, thérapie intellectuelle de groupe et études de résultats de cette démarche thérapeutique. En annexe, on donne le «signalement» de divers documents et moyens techniques cités dans le texte.

(13)

Auteur(s) :	Berent, Irving.
Titre :	The algebra of suicide.
Source :	Human Sciences Press Inc., New York, 1981; cote HV6545.B42, ISBN 0-89885-006-1.
Forme :	livre.
Adresse :	Human Sciences Press, Inc., 72, 5^{e} avenue, New York, État de New York, États-Unis 10011.
Niveau :	II.

Le suicidaire veut être sauvé, ce qui rend le rôle du sauveteur important dans l'évaluation des possibilités de suicide. Les statistiques pourraient donner la fausse idée que la tentative de suicide diffère de l'acte de suicide réussi. Ce point de vue est erroné. La possibilité de suicide est liée à plusieurs facteurs. Plus la motivation de suicide sera forte, plus la possibilité sera grande. Bien que le suicidaire puisse nier tout désir d'être sauvé, la possibilité de suicide augmentera en fonction inverse de la disponibilité du sauveteur. Celle-ci se présente sous deux aspects : la perception qu'en a le suicidaire et la disponibilité réelle. Des facteurs comme l'abus de l'alcool et des drogues ou la dépression agiront sur la perception. La disponibilité réelle subira l'influence de facteurs comme le comportement du suicidaire et sa réaction aux tentatives de sauvetage. Le sauveteur éventuel pourra détecter les signes avant-coureurs de suicide, mais les écartera peut-être. Ce rejet pourra refaire surface plus tard sous la forme d'un sentiment de culpabilité et même d'un comportement suicidaire dont les générations qui suivent sont susceptibles d'hériter. Le suicidaire a besoin qu'on le rassure immédiatement et qu'on lui dise qu'il n'est pas un monstre. Il doit rester en vie assez longtemps pour qu'une hospitalisation ou une thérapie lui donne le temps et la possibilité de réévaluer sa situation. Le document se termine par un appel au suicidaire.

(14)

Auteur(s) :	Berglund, M., Krantz, P., et Lundqvist, G.
Titre :	Suicide in alcoholism. A prospective study of 55 cases with autopsy findings.
Source :	Acta Psychiatrica Scandinavica, 76(4) : 381 à 385, octobre 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Berglund, Service de médecine légale, Hôpital universitaire, Lund, Suède.
Niveau :	III.

Un document antérieur a présenté des données d'évaluation prospective pour 88 cas de suicide d'alcooliques. A leur première hospitalisation, ces patients offraient plus souvent que les autres alcooliques des signes d'ulcération peptique, de dépression, de dysphorie et de fragilité. On a fait l'autopsie de 55 de ces alcooliques au service de médecine légale de l'hôpital universitaire de Lund. Dans 37 de ces cas, on a mesuré les teneurs sanguines en alcool (au moment du décès). Les alcooliques atteints de fragilité avaient plus souvent que les autres des teneurs sanguines supérieures à 0,1 %. Les éthyliques dysphoriques présentaient plus fréquemment des résultats négatifs même si on pouvait généralement lier le suicide à la consommation antérieure. En ce qui concerne les teneurs en alcool, les alcooliques souffrant d'ulcération peptique ne différaient pas des autres. Les alcooliques déprimés au départ avaient plus souvent attenté à leurs jours dans le passé. Au total, 20 de ces alcooliques (proportion de 36 %) avaient perdu un être cher pendant l'année qui avait précédé le suicide. Les auteurs examinent les conséquences possibles de leurs constatations sur les stratégies de prévention du suicide.

(Medline)

(15)

Auteur(s) : Berlin, I.

Titre : Suicide among Native Americans.

Source : Annual Meeting of the American Association of Suicidology (19e réunion annuelle), Atlanta, Georgie, États-Unis, 1986.

Forme : cassette.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide (C.I.E.S.), 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : III.

Les comportements autodestructeurs sont un problème important dans certaines tribus indiennes de l'Amérique du Nord, mais le phénomène n'a rien d'universel en milieu amérindien. On constate moins de dérèglements de la santé mentale et de suicides dans les tribus aux moeurs plus traditionnelles dirigées par de puissants chefs religieux et civils et où les systèmes de famille étendue sont intacts. Le Dr Berlin présente des statistiques comparatives du suicide sur diverses populations et en particulier sur celles qui ont fréquenté les pensionnats anglo-américains. Il examine enfin les facteurs culturels critiques qui jouent dans le phénomène du suicide.

(C.I.E.S.)

(16)

Auteur(s) : Berlin, I. (Chesapeake Audio/Video Communications Inc. (producteur)).

Titre : Suicide among Native Americans.

Source : Annual Meeting of the American Association of Suicidology (19e réunion annuelle), Atlanta, 1986.

Forme : document audio-visuel.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : II.

Les comportements autodestructeurs sont un problème important dans certaines tribus indiennes d'Amérique du Nord, mais le phénomène n'a rien d'universel en milieu amérindien. On constate moins de dérèglements de la santé mentale et de suicides dans les tribus aux moeurs plus traditionnelles dirigées par de puissants chefs religieux et civils et où les systèmes de famille étendue sont intacts. Le Dr Berlin présente des statistiques comparatives du suicide sur diverses populations et en particulier sur celles qui ont fréquenté les pensionnats anglo-américains. Il examine enfin les facteurs culturels critiques qui jouent dans le phénomène du suicide.

(C.I.E.S.)

(17) Auteur(s) : Berlin I.N.

Titre : Prevention of emotional problems among Native American children: Overview of developmental issues.

Source : Journal of Preventive Psychiatry, vol. 1(3) : 319 à 330, 1982.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

La dépression et l'alcoolisme chez le jeune adulte en mûrissement peuvent influer sérieusement aux États-Unis sur la façon dont l'enfant autochtone progresse dans les tâches de développement. Les éléments de conflit entre culture anglo-américaine et culture autochtone rendent les interventions difficiles, mais on peut ménager des changements constructifs en enseignant des démarches de solution de problèmes suffisamment tôt dans le processus d'apprentissage. On observera des effets positifs si on amène les adolescents à se renseigner sur le développement de l'enfant et si on forme les auxiliaires autochtones aux techniques d'intervention hâtive.

(C.I.E.S.)

(18) Auteur(s) : Berlin, I.N.

Titre : Suicide among American Indian adolescents: An overview.

Source : Suicide and Life-Threatening Behaviour, vol. 17(3) : 218 à 232, automne 1987.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document donne un aperçu du phénomène du suicide chez les adolescents amérindiens et s'attache à des aspects comme l'alcoolisme, les problèmes familiaux, les aspects psychosociaux du suicide, les indicateurs de risque, le stress et l'éducation communautaire en matière de suicide.

(19) Auteur(s) : Berlin, Irving N.

Titre : Prevention of adolescent suicide among some Native American tribes.

Source : Adolescent Psychiatry, vol. 12 : 77 à 93, 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Berlin, École de médecine de l'Université du Nouveau-Mexique, Division de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Albuquerque, Nouveau-Mexique, États-Unis.

Niveau : II.

Ce document examine les données sur la fréquence du suicide chez les autochtones américains et indique que le phénomène a pris beaucoup d'ampleur dans nombre de tribus et de pueblos. Chez les jeunes gens de ces collectivités, on observe une véritable montée de l'alcoolisme, des autres toxicomanies, de l'abus des solvants, des familles monoparentales, de l'agression et de la négligence de l'enfance, de la violence contre le conjoint, de la mort violente par l'abus ou la négligence au volant et de la mort causée par les querelles violentes entre pairs sous l'empire de l'alcool. On relève principalement les actes de suicide réussis chez les hommes et les tentatives de suicide chez les femmes. L'auteur examine les facteurs socio-culturels qui entrent en jeu dans le phénomène du suicide chez les adolescents autochtones américains, les questions de développement dans les suicides et les tentatives de suicide, ainsi que les problèmes auxquels s'exposent les bébés, les enfants d'âge préscolaire et scolaire et les adolescents au sein de la population autochtone américaine. Il décrit également les efforts d'intervention en milieu autochtone. Il fait valoir que, pour y prévenir le suicide, on doit pouvoir repérer les sujets à risque élevé chez les enfants (petite et grande enfance) et les adolescents et leur procurer de l'aide et des soins d'une manière acceptable en contexte tribal. Un facteur clé des démarches de prévention et d'intervention est la constatation que les autorités tribales doivent non seulement sanctionner chacun des programmes, mais aussi permettre à des anciens (aînés) respectés d'y participer.

(Psychological Abstracts)

(20) Auteur(s) : Berlin, Irving N.

Titre : Suicide among American Indian adolescents. Some facts about the rising rate of suicide among American Indian adolescents; information on causes and warning signs; and examples of effective efforts and prevention resources.

Source : Children's Bureau (DI et HS-OHS), Washington, D.C., mars 1984.

Forme : livret de renseignements.

Niveau : I.

Depuis 20 ans, le phénomène du suicide chez les adolescents amérindiens a presque décuplé pour devenir, comme dans la société anglo-américaine, la deuxième cause de décès en importance dans le groupe d'âge des 10 à 20 ans. Les deux principales causes de suicide d'adolescents sont le stress aigu et la dépression chronique. Au nombre des facteurs du milieu qui entrent en jeu, on compte l'effondrement des traditions tribales, l'absence de modèles féconds, la présence de parents alcooliques, l'éclatement des foyers, les mariages trop hâtifs, les difficultés d'apprentissage à l'école, le chômage, le phénomène de l'exemple contagieux et celui de la réaction aux anniversaires de suicide (fait d'imiter un parent qui s'est suicidé). Là où les taux de suicide restent bas, notamment dans le Sud-Ouest, les tribus ont une vie quotidienne plus traditionnelle et le milieu tribal offre des possibilités d'emploi et d'éducation. L'efficacité des efforts de réduction des taux de suicide chez les adolescents amérindiens passe par la sanction tribale, la participation

des anciens (aînés) et la reconnaissance des attitudes traditionnelles propres aux diverses tribus. Parmi les mesures et moyens fructueux qui ont été adoptés figurent la présence d'anciens auprès des adolescents arrêtés, les centres de prévention du suicide, les programmes d'école secondaire destinés aux adolescentes enceintes, les programmes d'adoucissement pénal qui visent les auteurs d'un premier délit, les programmes de préven-tion et d'intervention hâtive, les activités de dépistage des adolescents exposés et la formation d'adolescents à risque suicidaire aux tâches de conseiller. L'auteur dresse enfin une liste de ressources et de programmes mis à la disposition des tribus amérindiennes.

(NEC)

(21) Auteur(s) : Berman, Alan L.

Titre : Indian suicide in The Duck Valley Reservation.

Source : Nevada Public Affairs Review. Social Problems: Nevada's Solutions, n° 1, 1980.

Forme : livret de renseignements.

Niveau : II.

L'examen des données de la période 1949-1978 nous indique que le taux de suicide dans la réserve indienne de Duck Valley est d'environ 12 fois supérieur au taux national. Cette réserve isolée du nord du Nevada compte un millier de personnes appartenant à deux groupes tribaux, ceux des Paiutes et des Shoshones. L'économie de la région est à caractère agricole, le chômage sévit et les habitants dépendent largement de l'aide publique. L'absence d'une direction locale forte s'explique par des facteurs ethniques, gouvernementaux et historiques et a mis la population à la remorque en quelque sorte des initiatives publiques. L'importance du phénomène du suicide à Duck Valley paraît liée à l'incidence élevée de l'abus de l'alcool et au manque apparent de fierté collective et ethnique. Le taux de suicide pourrait être encore plus haut si on tient compte des nombreux accidents mortels de la circulation que l'on juge imputables à des conducteurs suicidaires. Chez les jeunes adultes, le taux de suicide est le double de celui de la région et, bien que les probabilités de tentative de suicide soient égales chez les femmes et les hommes, les premières ont dix fois moins de chances de réussir dans leur tentative que les seconds. La région dispose de peu de moyens pour combattre le suicide et l'alcoolisme, car la police et les services médicaux et communautaires connaissent des problèmes de sous-dotation et le personnel en place n'a pas la formation voulue pour bien s'occuper de ces problèmes. L'auteur présente des recommandations concrètes concernant les services et les moyens à mettre en place dans la région pour pouvoir s'attaquer efficacement aussi bien aux causes fondamentales de ces difficultés qu'aux problèmes eux-mêmes.

(22) Auteur(s) : Blackstock, E.G.

Titre : Suicide statistics in perspective.

Source : 8 p., 1986.

Forme : manuscrit.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : III.

L'auteur de ce rapport s'interroge sur la précision des statistiques sur le suicide. Il indique que des facteurs comme la sous-déclaration et la surdéclaration de taux, le regroupement aveugle de taux propres à différents territoires ou groupes d'âge et les imprécisions de la déclaration de variations de taux peuvent tous déformer les statistiques. Insistant sur la nécessité d'un examen plus rigoureux des taux de suicide, il s'attache aux taux de suicide de la population de l'Ontario. Il présente les données sous la forme de tableaux et de graphiques. Il exprime enfin l'espoir que d'autres autorités suivront l'exemple.

(C.I.E.S.)

(23) Auteur(s) : Blanchard, J.D., Blanchard, E.L., et Roll, S.

Titre : A psychological autopsy of an Indian adolescent suicide with implications for community services.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 6(1) : 3 à 10, printemps 1976.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce rapport d'autopsie psychologique du suicide d'un adolescent amérindien expose brièvement les antécédents familiaux, raconte les difficultés du sujet et présente une évaluation psychologique. Les auteurs tentent de comprendre les facteurs sociétaux et familiaux qui semblent avoir prédisposé l'adolescent à son acte. Le rapport comporte une étude des ressources dont disposent actuellement les collectivités amérindiennes et recommande le genre de moyens propres à prévenir le suicide dans ce contexte.

(24) Auteur(s) : Blumenthal, S.J.

Titre : Suicide: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients.

Source : Medical Clinic in North America, 72(4) : 937 à 971, juillet 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : Blumenthal, Programme de médecine du comportement, National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland, États-Unis.

Niveau : II.

Cet article résume ce que l'on sait sur les facteurs de risque de suicide chez les adolescents et les adultes. Il tire de ce corps de connaissances des orientations pratiques pour le médecin en matière d'évaluation et de traitement de patients suicidaires. Comme la plupart des gens qui se suicident voient un médecin quelques semaines ou un mois avant de mettre fin à leurs jours et que beaucoup s'enlèvent la vie en prenant des médicaments prescrits par les médecins qu'ils consultent, le dépistage hâtif et le traitement par le médecin des comportements suicidaires et des troubles mentaux dont ils s'accompagnent chez ses patients constituent une importante stratégie de prévention du suicide.

(Medline)

(25)

Auteur(s) :	Boldt, Menno.
Titre :	A systematic and integrated interagency model for providing coordinated and comprehensive suicide prevention services.
Source :	Crisis, vol. 6(2) : 106 à 118, octobre 1985.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Boldt, Université de Lethbridge, Lethbridge, Alberta, Canada.
Niveau :	II.

Ce document décrit un modèle de prévention du suicide (avec ses programmes constitutifs) mis au point en Alberta. Dans ce modèle, les fonctions de dépistage social, d'éducation et de formation, de recherche et de financement s'exercent dans le cadre d'un réseau multi-organismes faisant l'objet d'une intégration et d'une coordination systématiques. Le but est d'améliorer les capacités et les ressources des organismes en place pour qu'ils puissent assurer ensemble des services complets de prévention, d'intervention et de postintervention en matière de suicide. Au nombre des éléments constitutifs du modèle, on compte un programme communautaire interorganismes de prévention du suicide, un centre d'information et d'éducation sur le suicide, un programme de formation en prévention à orientation générale et un autre à orientation autochtone, ainsi qu'un projet de création d'un institut de recherche sur le suicide. D'après les premières indications encore non concluantes dont nous disposons, ce modèle pourrait être efficace dans la réduction des taux de suicide.

(Psychological Abstracts)

(26)

Auteur(s) :	Boldt, Menno.
Titre :	Pour une approche intégrée en prévention du suicide : Le modèle albertain.
Source :	Santé mentale au Canada, vol. 33(2) : 2 à 4, juin 1985.
Forme :	article de revue.

Adresse : Boldt, Département de sociologie, University Hall, Université de Lethbridge, 4401, promenade University, Lethbridge (Alberta), Canada, T1K 3M4.

Niveau : II.

L'auteur décrit un modèle récemment adopté par l'Alberta pour la mise en place de services de prévention, d'intervention et de postvention en matière de suicide. Ce modèle né des propositions d'un groupe d'étude provincial se caractérise par des programmes intégrés de dépistage social, d'éducation et de formation, de recherche et de financement. Il vise à exploiter les ressources collectives d'une manière coordonnée et efficiente pour qu'on puisse s'attaquer aux problèmes sur plusieurs fronts.

(27) Auteur(s) : Boldt, Menno, et Jarvis, G.

Titre : Native Indian mortality study: A prospective study of Indian mortality in nine Alberta Indian constituencies.

Source : renseignement non disponible, 1978.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

Cette étude prospective de la mortalité amérindienne a été réalisée de septembre 1976 à septembre 1977 et a porté sur neuf territoires indiens et métis de l'Alberta. On a recueilli des données sur 163 décès d'Amérindiens. Il s'agissait d'Indiens inscrits des bandes Blood, Samson et Blackfoot (Pieds Noirs) dans une proportion de 72 %. Sur les 163, 62 % étaient des hommes et l'âge moyen au décès était beaucoup plus bas qu'au sein de la population blanche. La proportion des suicidés était de 11,3 % et, dans 7 des 17 cas, il y avait eu des tentatives antérieures.

(C.I.E.S.)

(28) Auteur(s) : Bonner, Ronald L., et Rich, Alexander R.

Titre : Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 17(1) : 50 à 63, printemps 1987.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document examine les liens entre diverses variables interpersonnelles, émotionnelles et intellectuelles et les idées et les comportements suicidaires chez les élèves de collège. Il s'appuie sur des mesures autodéclarées de stress, d'idées fausses, de solitude, de dépression, de désespoir, de cohésion familiale, de motivation d'adaptation dans la vie et de formation d'idées et de comportements suicidaires. Il en dégage une formule comparative de prévision du comportement suicidaire qui tient compte des

facteurs de l'aliénation sociale et émotive, des distorsions intellectuelles et de l'insuffisance des ressources d'adaptation.

(ERIC)

(29) Auteur(s) : Brant, C.C.

Titre : Suicide in the North American Indian: Causes and prevention.

Source : Proceedings of the King's College Conference, London (Ontario), Canada, p. 175 à 184, 1986.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

Ce document examine d'un point de vue théorique les causes du suicide chez les Amérindiens du Canada et les conséquences sur le plan de la prévention. Il s'attache à des facteurs comme les différences culturelles et la situation socio-économique.

(30) Auteur(s) : Brown, Brenda H.

Titre : Adolescent suicide: An educator's guide.

Source : 1987.

Forme : manuscrit.

Adresse : Brown, Conseil scolaire du comté de Washington, Hagerstown, Maryland, États-Unis.

Niveau : II

Ce guide destiné à un programme de formation en cours d'emploi est une sorte de document de référence sur le phénomène du suicide chez les adolescents. Il donne d'abord un aperçu de la question et cite comme facteurs de la montée du suicide dans l'adolescence la désensibilisation sociale à la mort, l'évolution rapide de la société, les codes de réussite et la disparition de la famille étendue. Le chapitre suivant s'attache aux signes et symptômes du suicide et énumère des comportements à risque élevé chez les élèves : dépression, difficultés scolaires, abus de substances toxiques, changements radicaux de mode de vie ou de comportement, manifestations soudaines de bonheur, rapprochements peu caractéristiques, menaces verbales, exploitation du thème de la mort en art, en musique, etc., tentatives antérieures de suicide, achats inhabituels et dons d'objets personnels. L'auteur se sert de l'analogie du voyage pour aider les éducateurs à bien distinguer les élèves à risque suicidaire. Il fait plusieurs suggestions sur la façon de s'occuper d'un adolescent suicidaire. Le document s'intéresse aussi aux fondements philosophiques de l'acte de suicide et aux démarches mentales qui entrent en jeu. Il aborde les questions de la prévention et de l'intervention et étaie de tableaux une description de plans d'action. Il indique quoi faire et comment réagir en cas de tentative de suicide réussie. Il insiste sur la nécessité pour l'éducateur de bien tenir compte de

lui-même et de ses sentiments dans le traitement d'élèves suicidaires. Le document présente enfin des références.

(ERIC)

(31)

Auteur(s) :	Brown, J.M., et Cornish, J.
Titre :	Suicide and attempted suicide: Legal issues.
Source :	Revue canadienne de psychiatrie, 31(2) : 101 à 103, mars 1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.
Niveau :	II.

L'auteur examine les prescriptions de la loi canadienne et ontarienne concernant le suicide et la tentative de suicide. Il s'intéresse notamment aux questions de la prise en charge involontaire en établissement psychiatrique, du décès par suicide comme cause d'action juridique, des clauses d'exclusion dans les contrats d'assurance et des enquêtes du coroner.

(C.I.E.S.)

(32)

Auteur(s) :	Bryant, T.
Titre :	Suicide among Native American youth.
Source :	National Conference on Youth Suicide, Washington, D.C., États-Unis, p. 35 à 61, 1985.
Forme :	manuscrit.
Niveau :	III.

Ce document examine le phénomène du suicide chez les jeunes autochtones américains sous l'angle des conséquences économiques.

(33)

Auteur(s) :	Bulletin of Suicidology.
Titre :	Suicide among the Blackfeet Indians.
Source :	Bulletin of Suicidology, n° 7, p. 42 et 43, automne 1970.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Ce document présente des renseignements généraux sur les services-secours destinés aux Pieds Noirs.

(34)

Auteur(s) :	Calhoun, Lawrence G., Selby, James W., et Abernathy, Carol B.
Titre :	Suicidal death: Social reactions to bereaved survivors.
Source :	The Journal of Psychology, vol. 116, p. 255 à 261, 1984.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Cette étude s'attache aux réactions de gens en contact avec des proches de suicidés. On a interrogé ces gens et on a comparé leurs réponses à celles de gens en contact avec des proches de gens décédés dans un accident ou d'une manière naturelle. L'examen de l'influence des causes de décès nous indique que l'on perçoit le suicide comme un genre de mort plus difficile à accepter. Les contacts avec les «survivants» d'une mort par suicide sont considérés comme quelque peu plus stressants. La cause de la mort influe peut-être moins sur les réactions à la situation des proches de suicidés que ne le font voir les résultats de la recherche lorsqu'il s'agit de gens qui connaissent les survivants.

(Résumé de revue)

(35)

Auteur(s) :	Association canadienne pour la santé mentale.
Titre :	Suicide.
Source :	Association canadienne pour la santé mentale.
Forme :	livret de renseignements.
Adresse :	Siège national de l'Association canadienne pour la santé mentale, 2160, rue Yonge, Toronto (Ontario), Canada, M4S 2Z3.
Niveau :	I.

Le suicide est plus répandu qu'on ne le croit généralement : c'est une des 10 premières causes de décès en importance en Amérique du Nord et la deuxième chez les jeunes Canadiens de 15 à 30 ans. On sait également que, pour chaque acte de suicide réussi, on compte plusieurs tentatives infructueuses. Il faut apprendre à oublier les nombreux mythes qui entourent le suicide pour dégager les faits. Comme toute vie humaine est précieuse et que le suicide crée des situations tragiques, on doit voir dans la crise suicidaire un appel à l'aide que l'on se doit d'écouter. On dénombre quatre types de crise : (1) comportement suicidaire impulsif, (2) impression que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, (3) maladie très grave et (4) «communication» par la tentative de suicide. On peut prévenir le suicide si on sait en percevoir les indices, les signaux d'alarme. Au nombre des signes à surveiller, il y a les propos ou les menaces répétés de mort, les projets de disparition ou de mort et les manifestations de dépression. Le médecin de famille, le psychiatre, le conseiller religieux, le centre d'intervention d'urgence, l'établissement psychiatrique et les services sociaux peuvent venir en aide au suicidaire.

(36)

Auteur(s) : Capuzzi, Dave.

Titre : Counseling and intervention strategies for adolescent suicide prevention.

Source : 1988.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : ERIC Clearinghouse on Counseling and Personnel Services, Ann Arbor, Michigan, États-Unis.

Niveau : II.

Cette monographie porte sur le phénomène du suicide chez les adolescents et examine les techniques de consultation et d'intervention permettant de prévenir le suicide d'adolescents. Elle explique quatorze mythes et fausses idées sur le suicide. Elle brosse le portrait de la personne qui est susceptible d'attenter à ses jours et aborde la question des signes comportementaux, des indices verbaux, des motivations et des déformations mentales, de la dépression et des caractères de la personnalité. Elle justifie le choix d'une démarche intellectuelle-comportementale en consultation de prévention et suggère six stratégies d'intervention. Elle présente six volets de programmes scolaires de prévention du suicide à mettre en place pour la population adolescente exposée : (1) soutien administratif au niveau des districts et des bâtiments scolaires; (2) formation «en cours d'emploi» des professeurs et du personnel auxiliaire concernant le phénomène du suicide dans l'adolescence; (3) éducation des parents en matière de suicide; (4) présentations en classe à l'intention de tous les adolescents; (5) constitution d'équipes de base; (6) possibilités en consultation individuelle et collective. L'auteur examine en outre la question de la «gestion de crise» et pose toutes les questions utiles en évaluation de létalité. Il parle des interventions de gestion de crise et de postvention et recommande une consultation de suivi ou une thérapie complémentaire. Il cite enfin des documents de référence où le lecteur pourra mieux se renseigner sur les stratégies de consultation et d'intervention dans le traitement des adolescents à risque suicidaire.

(ERIC)

(37)

Auteur(s) : Chandrasena, R.

Titre : Suicide among immigrants: A comparative study.

Source : Réunion annuelle de l'Association canadienne de psychiatrie (36^{e} réunion annuelle à Vancouver), 12 p., 1986.

Forme : manuscrit.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : III.

Les immigrants à risque suicidaire élevé sont principalement des Européens de l'Est qui ont quitté leur pays pour des raisons économiques ou familiales. Il s'agit surtout de

femmes de 40 à 50 ans isolées sur le plan social et en chômage malgré une formation universitaire et qui en plus ont des antécédents psychiatriques et ont habituellement échoué dans une première tentative de suicide. Ce sont les constatations d'une étude effectuée au Royal Hospital d'Ottawa et dans trois hôpitaux psychiatriques provinciaux situés à North Bay, Brockville et St. Thomas. Les auteurs de l'étude ont fait une étude de cas de 23 immigrés soignés en clinique interne par rapport à un groupe témoin de Canadiens.

(C.I.E.S.)

(38)

Auteur(s) :	Chandrasena, R.D.
Titre :	Suicide among immigrant psychiatric patients in Canada.
Source :	5 p., 1987.
Forme :	manuscrit.
Adresse :	Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.
Niveau :	III.

Cette étude menée au Royal Hospital d'Ottawa, un établissement psychiatrique pour affections aiguës, et dans trois hôpitaux psychiatriques ontariens situés à North Bay, Brockville et St. Thomas a porté sur des dossiers «tous décès» de patients en clinique interne ou externe. On a comparé 94 cas de suicide de gens nés au Canada à 23 cas de suicide d'immigrés. Le document mentionne comme facteurs de prédisposition au suicide chez l'immigré le chômage, l'absence d'un réseau de soutien et l'isolement dans la société.

(C.I.E.S.)

(39)

Auteur(s) :	Chiles, John A., Strosohl, Kirk, Cowden, Lisa, Graham, Robert, et Linehan, Marsha.
Titre :	The 24 Hours before hospitalization: factors related to suicide attempting.
Source :	Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(3) : 335 à 342, automne 1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Chiles, Département de psychiatrie et de sciences du comportement, Université de Washington, Seattle, État de Washington, États-Unis 98195.
Niveau :	III.

On a interrogé 59 patients en clinique psychiatrique interne au sujet des événements d'ordre psychologique et «environnemental» qui se sont produits dans les 24 heures qui ont précédé l'hospitalisation. Des évaluateurs indépendants ont ensuite analysé les renseignements obtenus et on a procédé à des comparaisons entre patients hospitalisés à cause d'une tentative de suicide, d'idées de suicide ou de maux ne présentant pas un

caractère suicidaire. Les résultats de l'exercice nous indiquent que les gens qui avaient tenté de se suicider étaient plus susceptibles d'avoir pris de l'alcool ou de la marijuana et moins susceptibles de s'être adressés à un spécialiste des services de santé que ceux qui avaient des idées de suicide, même après prise en compte des antécédents de comportement suicidaire. Les chances étaient plus grandes que la personne qui avait des idées de suicide se soit mise en rapport avec un spécialiste du domaine de la santé mentale. Le document examine les conséquences sur le plan de l'évaluation et de l'intervention en matière de suicide.

(Résumé de revue)

(40)

Auteur(s) : Civerra Murello, José M., Duenas, M., de las Heras, J., et Martin, M.

Titre : Intervención en la conducta suicida. [Inter-vention dans le comportement suicidaire].

Source : Psicopatología, vol. 5(2) : 171 à 180, avril-juin 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Civerra, Hosp. clínico universitario de San Carlos, Madrid, Espagne.

Niveau : III.

Ce document expose une stratégie complète de prévention du suicide et décrit le fonctionnement des centres de prévention. En prévention primaire, on propose des programmes d'hygiène mentale et des interventions particulières dans les groupes à risque élevé (jeunes, patients psychiatriques et personnes âgées démunies). En prévention secondaire, on prévoit une formation spécialisée aux méthodes de diagnostic et de traitement du patient suicidaire à l'intention des omnipraticiens et du personnel de service des urgences.

(Psychological Abstracts)

(41)

Auteur(s) : Clements, Colleen D., et coll.

Titre : Suicide: Bad act or good intervention.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 13(1) : 28 à 41, printemps 1983.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document présente sous un angle différent les questions éthiques liées au suicide en s'appuyant sur des éléments théoriques et cliniques. Il indique la nécessité d'un passage d'une recherche d'énoncés éthiques sur le suicide (étude du «suicide rationnel», par exemple) à une justification éthique de l'intervention fondée sur les besoins et les intérêts d'une profession thérapeutique en voie d'affirmation.

(ERIC)

(42) Auteur(s) : Clements, Colleen D., Bonacci, David, Yerevanian, Boghos, Privitera, Michael, et Heehne, Lynn.

Titre : Assessment of suicide risk in patients with personality disorder and major affective diagnosis.

Source : Quality Review Bulletin, mai 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Cet article examine les données sur 9 patients qui se sont suicidés quelques jours après avoir quitté un hôpital où ils avaient été traités pour des troubles limites de la personnalité et une dépression profonde. Il indique que l'on doit tenir compte de la perception qu'a le patient des troubles de la personnalité, que le stress au travail et dans les rapports familiaux est intervenu dans ces suicides, que l'hospitalisation peut avoir des effets nocifs sur un certain nombre de patients et qu'il existe un écart entre le sentiment que peut avoir le patient de son état et la perception du personnel soignant. Un groupe de travail qui a étudié la situation a fait des recommandations précises concernant le transfert des patients, la thérapie familiale, la planification des congés d'hôpital et l'évaluation des risques.

(43) Auteur(s) : Clum, George A.

Titre : The case against suicide prevention: Comment.

Source : American Psychologist, 42(9) : 883 à 885, septembre 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Clum, Institut polytechnique et Université d'État de Virginie, Blacksburg, Virginie, États-Unis 24061.

Niveau : III.

L'auteur commente l'article de T. Szasz (voir PA, vol. 73:27453) présentant des arguments contre la prévention coercitive du suicide. Il fait valoir que le comportement suicidaire est souvent temporaire et justifie, par conséquent, des restrictions de liberté provisoires. Pour lui, le traitement peut réduire le danger de suicide, mais sûrement pas l'inaction. Il maintient enfin que Szasz surestime les risques de poursuites auxquels s'exposent les spécialistes qui prennent des décisions pour le suicidaire.

(Psychological Abstracts)

(44) Auteur(s) : Cochran, Kent Scott (Université East Texas State).

Titre : Adolescent suicide and the role of the school as seen by secondary school principals.

Source : Thèse, Université East Texas State, 1986 : n° de commande DA8613081.

Forme : thèse.

Niveau : III.

Cette étude visait à établir l'importance des mesures que prennent ou que pourraient prendre les directeurs d'école secondaire en vue de la réduction de l'incidence du suicide chez les adolescents. Elle a aussi permis de dégager des secteurs de formation à privilégier dans les relations avec d'éventuelles victimes du suicide. Pour les besoins de l'examen, on a élaboré et validé un questionnaire et on l'a fait parvenir au 193 directeurs d'école secondaire du conseil scolaire de l'Est du Texas. On s'est notamment intéressé aux variables suivantes : incidence du suicide ou de la tentative de suicide, niveau de l'école et taille de l'établissement scolaire. Voici les constatations qui ont été faites : (1) les écoles semblaient plutôt hésiter à s'attaquer à la délicate question du suicide dans les politiques scolaires, une «politique du suicide» n'ayant été adoptée que dans 7 % des établissements; (2) on jugeait importants tous les volets d'un programme de prévention du suicide, mais même les volets auxquels on attachait le plus d'importance n'existaient pas dans plus de la moitié des établissements; (3) les directeurs avaient dit que les parents d'un élève «à risque suicidaire» devraient être avertis; (4) ces mêmes directeurs paraissaient conscients de l'existence de services mis à la disposition des écoles en vue de les aider à affronter le problème du suicide chez les adolescents; (5) ils étaient d'avis que la consultation devrait viser et les élèves et les enseignants; (6) les variables de l'incidence du suicide ou de la tentative de suicide, du niveau scolaire et de la taille de l'établissement influaient peu sur la composition des programmes de prévention du suicide à l'école. On tirait les conclusions suivantes : (1) on voyait dans les activités de programmes de prévention du suicide un effort de toute l'école auquel devait participer l'ensemble du personnel professionnel, le directeur compris; (2) les directeurs semblaient quelque peu hésiter à associer les élèves et le personnel non professionnel à l'identification des élèves à risque suicidaire; (3) on voyait dans le conseiller le spécialiste le plus utile dans les relations avec les élèves à risque élevé; (4) les directeurs ne pensaient pas que les possibilités de suicide devaient être prises à la légère; (5) ces mêmes directeurs étaient désireux d'être mieux informés et mieux armés pour s'occuper du problème du suicide chez les adolescents, surtout en ce qui concerne les signes avant-coureurs de l'intention ou de l'acte de suicide et l'élaboration de politiques scolaires en matière de suicide.

(Résumé de thèse)

(45) Auteur(s) : Collins, J.P.

Titre : A suicide seminar — Peigan Indian Reservation.

Source : Peigan Reserve, p. 1 à 50, juillet 1983.

Forme : manuscrit.

Niveau : II.

Ce manuscrit examine les documents de référence utilisés à l'occasion d'un atelier organisé dans la réserve Peigan à Brocket, en Alberta, et qui était destiné aux spécialistes des domaines de la consultation, des services sociaux, des services de santé et de la réadaptation en alcoolisme. On y avait mis l'accent sur les connaissances, les attitudes et les aptitudes nécessaires dans les rapports avec le suicidaire.

(C.I.E.S.)

(46) Auteur(s) : Committee on Sudden Adolescent Death (COSAD).

Titre : Teenage suicide: prevention intervention response — A handbook for schools.

Source : COSAD et Four Winds Hospital, 1984.

Forme : manuel.

Adresse : Four Winds Hospital, 800, chemin Cross River, Katonah, New York, États-Unis 10536.

Niveau : II.

Ce manuel est une trousse d'information devant permettre aux écoles de bien faire face à une mort subite d'adolescent. Les quatre articles présentés donnent un aperçu de la question du suicide chez les adolescents, examinent les programmes de prévention du suicide dans ce groupe d'âge, indiquent les mesures que devrait prendre l'école à la suite d'une mort subite d'adolescent et font des recommandations concernant les rapports avec les médias. On y trouve aussi une longue liste de ressources (spécialistes et moyens d'enseignement) pour tous les groupes d'âge : articles de revue, documents audio-visuels et ouvrages portant sur tous les aspects de la mort et du «mourir».

(47) Auteur(s) : Concerned Citizens Committee.

Titre : While people sleep: Sudden deaths in Kenora Area.

Source : Grand Council Trenty No 3, Kenora (Ontario), Canada, 32 p., 1973.

Forme : livret de renseignements.

Niveau : I.

Cette étude de la mort subite chez les Indiens de la région ontarienne de Kenora met l'accent sur les liens apparents avec la consommation d'alcool. Le rapport est né de recherches menées en 1973 par le «Concerned Citizens Committee».

(C.I.E.S.)

(48) Auteur(s) : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., Comité de la Chambre des représentants sur l'éducation et le travail.

Titre : Hearing on Youth Suicide Prevention Act of 1985. Hearings before the Subcommittee on Elementary, Secondary and Vocational Education of the Committee on Education and Labour, House of Representatives, ninety-ninth congress, first session on H.R. 1099 and H.R. 1894 to make grants available for teenage suicide prevention programs. (Washington, D.C., 10 septembre 1985, and Yonkers, New York, 21 octobre 1985).

Source : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., 1986, n° 99-56.

Forme : rapport.

Niveau : III.

Ce document contient le compte rendu de deux séances du congrès qui ont porté sur le suicide chez les jeunes, les moyens de prévention et le rôle que devrait jouer le gouvernement fédéral en la matière. On y trouve aussi le texte de deux projets de loi : projet H.R. 1099 enjoignant au secrétaire de l'Éducation d'établir un programme de subventions destiné à aider les organismes d'enseignement locaux à mettre en place des programmes scolaires de prévention du suicide chez les adolescents; projet H.R. 1984 portant création d'une commission d'étude du suicide chez les jeunes et d'un régime de subventions pour les programmes de prévention du suicide au Département de la Santé et des Services sociaux. Les membres du Congrès Ackerman et Lantos, qui ont présenté ces projets de loi, discutent du problème du suicide chez les jeunes. Le document présente aussi les déclarations des membres Hawkins et DioGuardi. Parmi les témoins présents à la première séance, on compte Charlotte Ross, présidente du Youth Suicide National Centre, Debra Meckley, de la National Association of Social Workers, Fred Wyatt, étudiant, et John Carswell, de la Child Welfare League of America. Le texte de la seconde séance contient des déclarations des membres du Congrès Biaggi, Ackerman et DioGuardi et des témoignages de (1) Alfred DelBello, président de la National Community of Youth Suicide Prevention, (2) Stephen J. Friedman, commissaire adjoint du service de santé mentale communautaire du comté de Westchester, (3) George Cohen, de l'American Association for Counseling Development, (4) Beth Corney, «représentante des pairs» du district scolaire de White Plains, (5) Ann Kliman, du Center for Preventive Psychiatry, (6) Ethel Rosally, du Conseil scolaire de Yonkers, et (7) Louise Latty, du conseil scolaire de la ville de New York. Le document renferme enfin des communications et d'autres documents officiellement versés aux dossiers de séance.

(ERIC)

(49) Auteur(s) : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., Comité de la Chambre des représentants sur l'éducation et le travail.

Titre : Youth Suicide Prevention Act Report together with supplemental views to accompany H.R. 4650. From the Committee on Education and Labor, House of Representatives, ninety-ninth congress, second session.

Source : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., 14 juillet 1986. Compte rendu no House-R-99-667.

Forme : rapport.

Niveau : III.

Ce document présente un rapport et des avis supplémentaires du Comité de la Chambre des représentants sur l'éducation et le travail au sujet du projet de loi H.R. 4650 sur la prévention du suicide chez les jeunes. Il renferme un amendement au projet de loi et un bref exposé de l'objet de cette mesure législative. Il expose le contexte législatif, la perspective d'examen du projet et la nécessité d'adopter ces propositions législatives. Un chapitre explicatif signale que la Loi sur la prévention du suicide chez les jeunes établit

au Département de l'Éducation des États-Unis un régime de subventions discrétionnaires destiné à aider les organismes d'enseignement locaux et les organismes privés à but non lucratif à créer et à exploiter des programmes de prévention du suicide chez les jeunes. D'autres chapitres sont consacrés aux aspects de la surveillance, des prévisions de coûts et des effets inflationnistes liés au projet de loi. Le document analyse enfin le projet article par article et décrit les changements apportés aux dispositions actuelles de la loi. A ces éléments s'ajoute un avis supplémentaire de Bill Gooding sur les propositions législatives.

(50) Auteur(s) : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., Comité spécial de la Chambre des représentants sur le vieillissement et le troisième âge.

Titre : Suicide and suicide prevention. A briefing by the subcommittee on Human Services of the Select Committee on Aging. House of Representatives, ninety-ninth congress, second session (November 1, 1984, San Francisco, California).

Source : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., 1985. Compte rendu House-Common-Pub-98-497.

Forme : rapport.

Niveau : III.

Ce document présente les transcriptions d'une séance du Congrès destinée à attirer l'attention sur le phénomène grandissant du suicide. On y trouve la déclaration préliminaire du représentant Tom Lantos et les communications de 16 témoins, dont des psychothérapeutes de l'Hôpital international de Houston, une mère et un père d'adolescents qui se sont suicidés, des représentants de plusieurs centres de prévention du suicide de Californie, le directeur général de l'American Association of Suicidology, un étudiant de l'Université de Californie, un agent du Département de l'Éducation de l'État de Californie, un représentant d'un membre du Congrès de Californie, le directeur de la Cindy Smallwood Foundation (•Program on Quasi-Morticide•) de Californie, le directeur du personnel d'enseignement et des services d'orientation des élèves des Écoles publiques de Californie à Oakland, le chef du service de recherche sur le suicide du National Institute of Mental Health et un diplômé en psychologie clinique de la Fondation Menniger. Au nombre des sujets abordés, on compte la prévalence du suicide chez les adolescents, la nécessité d'une sensibilisation du public, la création d'une banque informatique nationale (centrale) d'information sur le suicide, la prévention du suicide chez l'adolescent et l'adulte et le suicide dans la collectivité noire.

(ERIC)

(51) Auteur(s) : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., Comité spécial de la Chambre des représentants sur l'enfance, la jeunesse et la famille.

Titre : Native American children, youth and families. Part 3. Hearing before the Select Committee on Children, Youth

and Families. House of Representatives, ninety-ninth congress, second session (Albuquerque, New Mexico, January 10, 1986).

Source : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., 1986.

Forme : rapport.

Adresse : Conservateur des documents, Congressional Sales Office, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., États-Unis 20402.

Niveau : III.

Dans le cadre d'une enquête d'une semaine sur la situation des familles et des enfants autochtones américains, le Comité spécial de la Chambre des représentants sur l'enfance, la jeunesse et la famille a reçu le témoignage de chefs de tribu, de parents, de jeunes adultes et d'intervenants en services des réserves et des pueblos du Nouveau-Mexique et du Colorado. Au nombre des sujets abordés, on compte le chômage et ses effets sur la famille, la pénurie de logements, d'égouts et de réseaux d'électricité, l'existence d'une école sous direction tribale servant de base à la prestation d'un éventail complet de services destinés aux jeunes et aux adultes, et les services de placement familial et d'aide à l'enfance. De nombreux témoignages ont porté sur les liens entre l'abus de l'alcool et les problèmes familiaux, dont le syndrome de l'alcoolisme foetal. Des élèves adolescents de la tribu des Utes du Sud (Colorado) ont décrit le programme qu'ils avaient mis en place en vue d'encourager leurs camarades à ne pas toucher à la drogue ni à l'alcool. Le rapport renferme le compte rendu des délibérations de la séance, de nombreuses communications d'organismes tribaux et des articles traitant notamment des questions suivantes : suicide d'adolescents dans une réserve indienne, santé des autochtones américaines, blessures d'enfants dans une collectivité autochtone américaine et épidémiologie du syndrome de l'alcoolisme foetal chez les Amérindiens du Sud-Ouest.

(ERIC)

(52) Auteur(s) : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., Comité du Sénat sur les affaires judiciaires.

Titre : Federal role in addressing the tragedy of youth suicide. Hearing before the subcommittee on juvenile justice of the committee on the judiciary. United States Senate, ninety-ninth congress, first session on current federal research and prevention efforts and the role of the office of juvenile justice and delinquency prevention in youth suicide.

Source : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., 30 avril 1985. Compte rendu Senate-Hrg-99-250.

Forme : rapport.

Niveau : III.

Ce document présente les témoignages et les communications présentés à une séance du Congrès sur le rôle du gouvernement fédéral et du Bureau des tribunaux de la jeunesse et de la prévention de la délinquance dans la prévention du suicide chez les jeunes. Il renferme les déclarations préliminaires de quatre membres de ce comité du Sénat, ainsi que les déclarations du secrétaire adjoint des Services de développement social du Département de la Santé et des Services sociaux et du sous-directeur des projets spéciaux et du chef du service de recherche sur le suicide du National Institute of Mental Health. On y trouve aussi les témoignages du président de l'American Association of Suicidology, du coprésident du National Committee for Youth Suicide Prevention et du directeur du Centre de prévention et d'intervention d'urgence en matière de suicide (chez les jeunes) du comté de San Mateo, en Californie. Le document examine l'incidence du suicide de jeunes, ses causes possibles et les façons de reconnaître les victimes éventuelles. Il fait des suggestions en ce qui concerne le repérage des jeunes suicidaires et les efforts de prévention et de dépistage social sur les plans individuel, communautaire et national. Il décrit en détail les activités de recherche actuelles et insiste sur la nécessité d'affecter des fonds supplémentaires au secteur de la recherche. Il présente enfin un texte législatif faisant de juin 1985 le mois de la prévention du suicide chez les jeunes. On met l'accent dans tout le document sur la gravité du problème et le besoin de s'attaquer à ce problème au niveau national et de mettre des programmes en place.

(ERIC)

(53)

Auteur(s) : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., Comité du Sénat sur les affaires judiciaires.

Titre : Teenage suicide. Hearing before the Subcommittee on Juvenile Justice of the Committee on the Judiciary. United States Senate, ninety-eighth congress, second session: an oversight on the factors that may lead to teenage suicide and what may be done to prevent the tragedy (October 3, 1984).

Source : Congrès des États-Unis, Washington, D.C., 1985. Compte rendu Senate-Hrg-98-1262.

Forme : rapport.

Niveau : III.

Ce document présente la transcription de témoignages et de communications présentés à la séance du Congrès consacrée à la question du suicide chez les adolescents. Les témoignages portent sur les aspects suivants : facteurs de suicide chez les adolescents, mesures possibles de prévention de la mort par suicide, activités actuelles du gouvernement fédéral dans ce domaine, dispositions que pourraient prendre les autorités fédérales pour étendre ces activités. Au nombre des témoins, on compte les parents d'un adolescent qui s'est suicidé, ainsi qu'une mère et sa fille adolescente qui a attenté à ses jours. On examine les facteurs expliquant ce suicide et cette tentative et on décrit les expériences personnelles. Le sous-comité a cité d'autres témoins : le procureur du district pénal du comté de Collin, au Texas, où 11 adolescents se sont suicidés sur une période de 2 ans, le président de l'American Association of Suicidology et le coordonnateur des services sociaux scolaires de Fairfax, en Virginie, qui a décrit le programme de prévention du

suicide d'adolescents mis en place dans le comté. En annexe figurent une lettre d'Andrew C. Teter au sous-comité, un article intitulé *Adolescent Suicide and the Classroom Teacher* (McKenry, Tishler et Christman) et tiré du Journal of School Health (mars 1980), le projet de loi no 947 du Sénat de Californie sur les écoles et les programmes scolaires de prévention du suicide chez les jeunes, ainsi que l'article intitulé *Suicide in Adolescence: Prevention and Treatment* qu'a fait paraître Norman L. Farberow dans *The Adolescent Mood and Disturbance* (Golombek et Garfinkel, International Universities Press, 1983).

(ERIC)

(54)

Auteur(s) :	Conrad, Rex D., et Kahn, Marvin W.
Titre :	An epidemiological study of suicide and attempted suicide among the Papago Indians.
Source :	American Journal of Psychiatry, vol 131(1) : 69 à 72, janvier 1974.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Conrad, Université d'Arizona, Tucson, Arizona, États-Unis 85721.
Niveau :	III.

Il s'agit d'une étude épidémiologique du suicide chez les Indiens Papagos du désert du Sud-Ouest, qui a été réalisée sur une période de trois ans. Les données puisées à diverses sources indiquent que, dans cette tribu, le taux de suicide a dépassé le taux national, tout en demeurant inférieur aux taux relevés dans d'autres tribus. La plupart des victimes étaient de jeunes gens ayant des problèmes d'alcoolisme. Les actes de suicide réussis étaient moins fréquents chez les Papagos qui habitaient la réserve que chez ceux qui avaient gagné la ville.

(Résumé de revue)

(55)

Auteur(s) :	Cook, Brian L.
Titre :	Suicide: A social enigma or an opportunity for further development in prevention?
Source :	New Directions for Mental Health Services, n° 23, p. 59 à 69, septembre 1984.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Cook, Université d'Iowa, Hôpitaux et cliniques, Iowa City, Iowa, États-Unis.
Niveau :	III.

Ce document examine la documentation spécialisée sur les variables cliniques et biologiques susceptibles de constituer des facteurs de risque de suicide. L'auteur dit que toute étude de ce genre doit également s'attacher aux méthodes et au champ de constatation du phénomène du suicide, la sous-déclaration pouvant être une abondante

source de biais même dans les études soigneusement menées. Dans les études d'actes de suicide réussis, les méthodes de collecte de données d'échantillonnage doivent embrasser les dossiers des coroners, les dossiers de clinique psychiatrique interne et externe pour les cas de suicide, des échantillons communautaires de suicides consécutifs pour des secteurs géographiques complets et des données d'analyse des risques de suicide par cohorte de naissance. Parmi les corrélatifs biologiques du suicide et du comportement suicidaire, on compte les données de «marquage» biogénique d'amines, d'électro-encéphalographie et de constitution génétique. Bien entendu, le fléau du suicide frappe principalement les malades mentaux, mais d'un point de vue clinique, il n'y a là rien qui puisse donner le moyen de prévoir les suicides, puisque la presque totalité des patients des cliniques psychiatriques répondent à notre description. Ce sont toutefois les alcooliques et les gens souffrant de troubles affectifs qui sont probablement les plus exposés. Dans d'autres modèles de prévision clinique, on trouve des variables comme la concentration dans le temps, les tentatives antérieures, la communication de l'intention de suicide, l'âge, les facteurs personnels et sociaux et les caractéristiques de «marquage» biochimique. L'auteur fait observer que le suicide chez les jeunes est de plus en plus considéré comme un problème inquiétant de santé publique. Il est en effet la troisième cause de décès en importance chez les adolescents. Le document aborde enfin la question du traitement clinique des patients à risque suicidaire possible.

(Psychological Abstracts)

(56)

Auteur(s) : Cotton, Paul G., Drake, Robert E, et Gates, Charlene.

Titre : Critical treatment issues in suicide among schizophrenics.

Source : Hospital and Community Psychiatry, vol. 36(5) : 534 à 536, mai 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Cotton, Hôpital Pembroke, Massachusetts, États-Unis.

Niveau : III.

Ce document examine les questions critiques du traitement des schizophrènes suicidaires en se reportant à des entrevues avec 20 thérapeutes qui avaient traité en psychothérapie des schizophrènes qui se sont suicidés. Les sujets abordés sont les suivants : évaluation de l'estime de soi du patient, prise en compte de la fonction de protection de la psychose, distinction entre l'incapacité et le refus de fonctionner, le partage du fardeau du désespoir, l'observation des relations familiales et la réaction à la perte d'un thérapeute. Les auteurs brossent le portrait du schizophrène suicidaire. D'après les constatations, une démarche thérapeutique de protection et de soutien est préférable à une démarche axée sur de grandes attentes.

(Psychological Abstracts)

(57)

Auteur(s) : Crockett, A.W.

Titre : Patterns of consultation and parasuicide.

Source : British Medical Journal [Clinical Research Edition], 295(6596) : 476 à 478, 22 août 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : III.

Le parasuicide est répandu. Le traitement dépend de la prévention, qui est à son tour fonction d'une constatation précise des cas de risque. Quand on a comparé les taux de consultation et le nombre d'ordonnances délivrées (en valeur annuelle) dans le cas de patients ayant survécu à un acte de parasuicide à ceux de sujets témoins du même âge et du même sexe, on a constaté que les premiers avaient consulté beaucoup plus fréquemment que les seconds. Le rythme des consultations s'était accéléré jusqu'au moment de la tentative pour ensuite diminuer. On n'a pas observé les mêmes tendances dans le groupe témoin. Le nombre d'ordonnances délivrées par visite ne variait pas dans les deux groupes peu importe la période. L'omnipraticien devrait considérer les consultations plus fréquentes de patients qui le voient déjà souvent comme un signe de danger parasuicidaire.

(Medline)

(58) Auteur(s) : Cummings, P. J.

Titre : Suicides at Hobbema, April 30, 1976 to October 31, 1977.

Source : Centre de santé d'Hobbema, Alberta (Canada).

Forme : manuscrit.

Adresse : Centre de santé d'Hobbema, Alberta, Canada.

Niveau : III.

M^me^ P. J. Cummings, infirmière en chef au Centre de santé d'Hobbema, relate les circonstances des actes de suicide réussis et des tentatives de suicide qui ont eu lieu dans la réserve du 30 avril 1976 au 31 octobre 1977. Les principaux facteurs dont elle a constaté l'existence sont le défaut d'utiliser les services de consultation, l'abus de substances toxiques, les antécédents familiaux de suicide, la défection scolaire, le chômage et les problèmes familiaux. Elle recommande des interventions dans tous les secteurs d'intérêt social.

(C.I.E.S.)

(59) Auteur(s) : Cutler, R., et Morrison, N.

Titre : Sudden death: A study of characteristics of victims and events leading to sudden death in British Columbia with primary emphasis on apparent alcohol involvement and Indian sudden death.

Source : Alcoholism Foundation of British Columbia, 70 p., 1971.

Forme : rapport.

Niveau : III.

Il s'agit d'une étude complète du phénomène de la mort subite, notamment en milieu amérindien, et du rôle de l'alcoolisme en Colombie-Britannique. Les auteurs s'attachent tour à tour aux aspects suivants : caractéristiques de l'échantillon, rôle de l'alcool dans la mort subite et la mort accidentelle, tableau comparatif de la mort subite en milieu amérindien et non amérindien, incidence de l'alcool et autres caractéristiques.

(C.I.E.S.)

(60)

Auteur(s) :	Cutter, Fred.
Titre :	Suicidal elders: Recognition and management.
Source :	Clinical Gerontologists, vol. 2(4) : 66 à 68, été 1984.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Cutter, Centre médical de la Veterans Administration, Sepulveda, Californie, États-Unis.
Niveau :	III.

Ce document fait valoir qu'une distinction doit être établie entre les gens à risque suicidaire élevé et les gens en état d'auto-agression aiguë dans une étude du suicide chez les personnes âgées. Indépendamment de l'âge, l'expérience est le facteur déterminant de l'adoption (plans et choix d'une méthode) d'un comportement d'auto-agression quelconque. Les hommes âgés qui vivent seuls sont le groupe le plus exposé. Bien que la personne âgée ait toujours le droit de refuser d'être traitée, les spécialistes peuvent intervenir quand la victime essaie de se faire mal en leur présence ou présente des signes de détresse. Les professionnels de la santé doivent respecter la volonté de mourir dans la dignité, mais ont à intervenir quand ils constatent des comportements impulsifs d'auto-agression créés par un état de détresse.

(Psychological Abstracts)

(61)

Auteur(s) :	Dasef, Stephen S.
Titre :	Active suicide intervention by a campus health service: operation and rationale.
Source :	Journal of American College Health, vol. 33(3) : 118 à 122, décembre 1984.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

Ce document décrit le service de santé du développement s'occupant activement d'intervention en matière de suicide. Les programmes de prévention primaire mettent l'accent sur la liaison avec d'autres organismes pour une facilitation de l'aiguillage. Les programmes de prévention secondaire encouragent directement l'élève suicidaire à subir un traitement en psychothérapie et, s'il y a lieu, font appel à la famille. L'auteur présente quatre études de cas à titre d'illustration. Pendant la période d'observation de 2 ans, il y a eu une baisse appréciable du taux de suicide sur le campus. Le document expose les

fondements théoriques d'une démarche active de solution du problème de la mort précoce chez les jeunes adultes.

(Psychological Abstracts)

(62)	Auteur(s) :	Dauphinee, D., et Wainman, G.
	Titre :	Shocking suicide rate blamed on rural crisis.
	Source :	Farm and Country, 50(13) : 42 et 43, avril 1986.
	Forme :	article de revue.
	Adresse :	Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.
	Niveau :	I.

Dans cet article du 22 avril 1986 de ***Farm and Country***, on cite un rapport gouvernemental écrit par M. Earl Haslett, un spécialiste de l'économie agricole, et qui indique que plus du tiers des accidents et des morts violentes dans les exploitations agricoles ontariennes présentent un caractère suicidaire.

(C.I.E.S.)

(63)	Auteur(s) :	Davenport, J.A., et Davenport, J.
	Titre :	Native American suicide: A Durkheimian analysis.
	Source :	Social Casework: the Journal of Contemporary Social Work, 68 : 533 à 539, novembre 1987.
	Forme :	article de revue.
	Adresse :	Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.
	Niveau :	III.

Les auteurs se reportent à la documentation spécialisée et à leur propre expérience pour élaborer des recommandations (pratiques et orientations) concernant le suicide chez les autochtones américains. On devrait allier l'emploi de techniques psychologiques tenant compte du cadre culturel aux tâches de développement communautaire et social.

(C.I.E.S.)

(64)	Auteur(s) :	Davis, John M.
	Titre :	Suicide crisis in schools.
	Source :	School Psychology Review, vol. 14(3) : 313 à 324, 1985.
	Forme :	article de revue.
	Adresse :	Davis, Hôpital Kaiser, San Rafael, Californie, États-Unis.

Niveau : III.

Ce document traite de la question du suicide chez les jeunes du point de vue de l'incidence, des fondements théoriques et des stratégies d'intervention. L'examen théorique s'attache à la typologie suicidaire, à l'orientation intellectuelle-développementale et à la dynamique du suicide. En ce qui concerne les stratégies d'intervention, l'auteur étudie les aspects suivants : indicateurs de suicide, évaluation suicidaire, possibilités en postévaluation et prévention primaire. Il présente enfin des données sur les suicides selon le sexe et la race et sur les modes de suicide selon le sexe pour le groupe des 15 à 24 ans.

(Psychological Abstracts)

(65) Auteur(s) : Davis, Patricia A.

Titre : Suicidal adolescents.

Source : Charles C. Thomas Publisher, Springfield, 1983; cote HV6546.D39, 1983, ISBN 0-398-04866-5.

Forme : livre.

Adresse : Charles C. Thomas Publisher, 2600, 1re rue sud, Springfield, Illinois, États-Unis 62717.

Niveau : I.

L'auteur considère le phénomène du suicide chez les adolescents aux États-Unis comme une «tragédie nationale». Le nombre de suicides d'adolescents continue à augmenter et le suicide devient la deuxième cause de décès en importance dans ce groupe d'âge. Dans l'histoire, on relève toutes sortes d'attitudes à l'égard du suicide, mais celle qui prédomine aujourd'hui est la désapprobation. L'absence d'ouvrages de référence complets sur la question a amené l'auteur à élaborer un tel document à l'intention des intervenants en soins, des parents et des autres personnes qui sont en contact avec les adolescents. Le document vise non seulement à mieux sensibiliser les gens à l'importance du problème, mais aussi à faciliter la constatation des comportements suicidaires dans l'adolescence et à suggérer des réactions à ce genre de situation. L'auteur examine les motifs et les causes du comportement suicidaire, ainsi que les signes prodromiques (signes précurseurs) et les possibilités de traitement. Il parle des procédés de prévention, d'intervention et de postvention et présente une série de recommandations à l'adresse de ceux qui vivent ou travaillent avec des adolescents.

(66) Auteur(s) : Delisle, Jim.

Titre : Striking out: Suicide and the gifted adolescent.

Source : Gifted Child Today, 11(1) : 41 à 44, janvier-février 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : II.

Cet article paru en 1988 reproduit et actualise un article de 1982 et expose comment le développement émotif et social de l'adolescent doué accuse souvent un retard sur les aptitudes scolaires. Les difficultés éprouvées avec les «pairs», l'isolement sur le plan émotif et la crainte de l'échec peuvent mener au suicide. Pour prévenir cette issue, il faut du respect, une conscientisation, de la tolérance et une participation chez les parents et les enseignants.

(ERIC)

(67)

Auteur(s) :	Dempsy, Richard A.
Titre :	Adolescent suicide. The trauma of adolescent suicide. A time for special leadership of secondary school principals.
Source :	National Association of Secondary School Principals, 1986.
Forme :	livret de renseignements.
Adresse :	National Association of Secondary School Principals, 1904, promenade Association, Reston, Virginie, États-Unis 22091.
Niveau :	II.

Cette monographie vise à aider les directeurs et les autres représentants de l'école à examiner les questions de suicide d'adolescents et de moyens de prévention. Le chapitre 1 présente des statistiques sur l'incidence du suicide et de la tentative de suicide chez les adolescents. Le chapitre 2 est consacré aux causes du suicide et examine les tâches de développement de l'adolescence, les causes et facteurs contribuants du suicide d'adolescents et deux des causes les plus fréquentes, la dépression et la perte du père ou de la mère. Le chapitre 3 expose huit mythes concernant le suicide. Le chapitre 4 parle des signes avant-coureurs verbaux, comportementaux et situationnels. Il propose au personnel scolaire dix questions primordiales à poser à un élève chez qui on observe des signes précurseurs. Le chapitre 5 étudie l'aliénation par rapport à la famille comme facteur contribuant possible du suicide d'adolescents. Le chapitre 6 s'attache à la prévention et décrit les fonctions d'une équipe de service-secours scolaire et d'une équipe d'étude de l'adolescent, deux groupes formés de divers membres du personnel scolaire. Il aborde également les questions de la sensibilisation du personnel, des programmes destinés aux parents, des programmes d'hygiène et du rôle de l'élève. Le chapitre 7 suggère des façons pour l'école de réagir à un suicide et met l'accent sur le rôle du directeur. Le dernier chapitre porte sur les effets psychologiques du suicide d'un adolescent sur un directeur.

(ERIC)

(68)

Auteur(s) :	Affaires indiennes et du Nord Canada.
Titre :	Les Indiens : Situation actuelle.
Source :	Affaires indiennes et du Nord Canada, p. 18 et 19.
Forme :	livret de renseignements.

Adresse : Affaires indiennes et du Nord Canada, Ottawa (Ontario), Canada.

Niveau : I.

Le nombre de décès par suicide chez les Amérindiens pour 100 000 habitants dépasse presque trois fois le taux national. Le suicide rend compte de 35 % des morts accidentelles dans le groupe des 15 à 24 ans contre 21 % dans le groupe des 25 à 34 ans. Les graphiques présentés indiquent les taux nationaux et amérindiens par groupe d'âge pour 1977.

(Résumé : C.I.E.S.)

(69) Auteur(s) : Devereux, G.

Titre : Funeral suicide and the Mohave social structure.

Source : Bulletin of the History of Medicine, vol. II : 522 à 542, 1942.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Cette étude de cas traite des différences culturelles chez les Mohaves en ce qui concerne les notions de mort par suicide et de deuil de suicidé.

(70) Auteur(s) : Devereux, G.

Titre : Mohave ethnopsychiatry and suicide: The psychiatric knowledge and the psychic disturbances of an Indian tribe.

Source : U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 488 p., 1961.

Forme : livre.

Adresse : U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., États-Unis.

Niveau : III.

C'est la première étude systématique du contexte psychiatrique théorique et pratique d'une tribu primitive. Les données ont été recueillies auprès d'Indiens Mohaves à l'occasion d'études sur le terrain en 1932-1933, 1936 et 1938 et de brèves visites jusqu'en 1950. La partie 7 de cette longue étude porte sur le suicide et se divise en 6 chapitres : cadre théorique, suicide psychosomatique, suicide social, suicide substitutif, suicide funèbre et suicide actif.

(Résumé : C.I.E.S.)

(71) Auteur(s) : Dew, Mary Amanda, Bromet, Evelyn J., Brent, David, et Greenhouse, Joel B.

Titre : A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers.

Source : Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 55(2) : 239 à 244, avril 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Dew, Université de Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvanie, États-Unis.

Niveau : III.

Il s'agit d'une méta-analyse de données d'évaluation de l'efficacité de centres de prévention dans le cadre de plusieurs séries d'études. Les résultats indiquent que les centres attirent une population à risque élevé, que la clientèle des centres était plus susceptible de se suicider que le reste de la population et que les gens qui mettaient fin à leurs jours avaient plus de chances d'avoir fréquenté ces centres que le reste de la population.

(Résumé de revue)

(72) Auteur(s) : Diekstra, René F.W.

Titre : Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: An analysis of trends with special emphasis upon trends among the young.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 15(1) : 27 à 42, printemps 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Diekstra, Université d'État de Leyde, Pays-Bas.

Niveau : III.

Ce document explique dans le cadre de la théorie de l'apprentissage et de l'adaptation sociaux la montée des comportements suicidaires chez les adolescents observée depuis vingt ans dans la plupart des pays de la Communauté économique européenne. L'auteur propose une typologie des actes de suicide selon un modèle de résultats-attentes.

(ERIC)

(73) Auteur(s) : Diekstra, René F.W.

Titre : The significance of Nico Speijer's suicide: How and when should suicide be prevented?

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(1) : 13 à 15, printemps 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document raconte le suicide de Nico Speijer, l'«ancêtre» de la suicidologie aux Pays-Bas. Il fait valoir que ce cas est lié aux questions éthiques que pose la prévention du suicide. Il offre une série de critères permettant de déterminer quand le suicide n'a pas nécessairement à être prévenu et quand ceux qui aident la victime n'ont pas à être punis par la loi.

(ERIC)

(74) Auteur(s) : Dingman, C.W., et McGlashan, T.H.

Titre : Characteristics of patients with serious suicidal intentions who ultimately commit suicide.

Source : Hospital Community Psychiatry, 39(3) : 295 à 299, mars 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : Dingman, Hôpital Chestnut Lodge, Rockville, Maryland, États-Unis 20850.

Niveau : III.

Dans une étude complémentaire à long terme, on a poursuivi l'étude de patients qui avaient attenté à leurs jours ou fait de graves menaces de suicide avant d'être hospitalisés pour voir s'il n'y avait pas des caractéristiques permettant de distinguer les gens qui finissaient par se suicider de ceux qui ne le faisaient pas. Les résultats indiquent que les suicidés étaient plus susceptibles d'être diagnostiqués «DSM III axe I», d'être de sexe masculin et d'obtenir leur congé malgré une contre-indication médicale. Les patients encore vivants lors de l'étude complémentaire avaient plus tendance à présenter des troubles limites de la personnalité. Il s'agissait souvent de femmes au comportement impulsif et automutilateur qui avaient obtenu leur congé sur avis du médecin et connu une meilleure évolution après leur sortie d'hôpital.

(Medline)

(75) Auteur(s) : Dizmang, L. H.

Titre : Suicide among the Cheyenne Indians.

Source : Bulletin of Suicidology, p. 8 à 11, juillet 1967.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document traite du suicide chez les Cheyennes en s'attachant aux différences culturelles, à la violence et au phénomène des «gardiens des lieux».

(76) Auteur(s) : Dizmang, L. H., et Swenson, D.D.

Titre : Suicide among the American Indians: Two workshops.

Source : U.S. Government Printing Office, Washington, DC, États-Unis, 34 p., 1967.

Forme : livre.

Adresse : U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., États-Unis.

Niveau : III.

Ce document présente le compte rendu de deux ateliers sur le suicide chez les Amérindiens. Ces rencontres ont eu lieu au Montana et dans le Dakota du Sud et ont porté sur les divers aspects du phénomène du suicide.

(77) Auteur(s) : Dizmang, Larry H., Watson, Jane, May, Philip A, et Bapp, John.

Titre : Adolescent suicide at an Indian Reservation.

Source : American Journal of Orthopsychiatry, vol. 44(1) : 43 à 49, janvier 1974.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Les auteurs comparent statistiquement les antécédents de dix Amérindiens qui se sont suicidés avant l'âge de 25 ans à ceux d'un groupe témoin assorti ou «apparié» de la même tribu. Ils relèvent des différences importantes pour au moins six variables évoquant les troubles personnels et familiaux plus grands qu'ont connus les suicidés. Le document offre des suggestions de traitement et de prévention fondées sur l'expérience de cette tribu.

(Psychological Abstracts)

(78) Auteur(s) : Doka, Kenneth.

Titre : The crumbling taboo: The rise of death education.

Source : Directions for Student Services, no 31, p. 85 à 95, septembre 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document examine les progrès dans les universités de l'éducation ayant pour objet la mort, le relâchement des tabous culturels interdisant de parler de la mort et la professionnalisation croissante de l'éducation d'ordre thanatologique. Il fait état des effets positifs de cette éducation qui aide les étudiants à accepter le décès de personnes

importantes pour eux, atténue les anxiétés suscitées par la mort et contribue à la prévention du suicide. L'auteur étudie l'intérêt de l'intégration d'un volet thanatologique aux programmes d'études et aux services destinés aux étudiants.

(Psychological Abstracts)

(79)

Auteur(s) :	Drake, Robert E., Gates, Charlene, Cotton, Paul G., et Whitaker, Anne.
Titre :	Suicide among schizophrenics: Who is at risk?
Source :	The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 172(10) : 613 à 617, octobre 1984.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Drake, École de médecine Dartmouth, Hanover, New Hampshire, États-Unis.
Niveau :	III.

Les schizophrènes sont des gens à risque suicidaire élevé. La plupart des caractéristiques cliniques de cette maladie que l'on a liées au phénomène du suicide demeurent hypothétiques. Cette étude éprouve empiriquement les facteurs de risque hypothétiques mentionnés dans la documentation spécialisée. Les résultats indiquent que les schizophrènes qui se suicident ont des normes intérieures élevées de rendement qui vont souvent de pair avec leur instruction. Ils sont aussi tout à fait conscients des effets de la maladie, se sentent incapables de réaliser les buts qu'ils se fixent et craignent les atteintes de la dégénérescence mentale. Ils sont en proie à la dépression et au désespoir. Des idées et des menaces exprimées de suicide précèdent souvent la mort. On peut se servir de ces résultats pour évaluer les risques de suicide chez les schizophrènes.

(Résumé de revue)

(80)

Auteur(s) :	Dyck, R.J.
Titre :	Towards an understanding of suicide.
Source :	Mennonite Brethren Herald, 26(5) : 2 à 4, 6 mars 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.
Niveau :	I.

Cet article présente des renseignements généraux sur les facteurs personnels et sociaux qui jouent dans l'acte de suicide, ainsi que sur les indices de l'intention de suicide. Il conclut en indiquant l'importance pour la communauté ecclésiale de savoir comment aborder d'une manière positive le phénomène du suicide.

(C.I.E.S.)

(81) Auteur(s) : Dyck, R.J., Gordon, B., et Patterson, D.

Titre : Understanding depression and suicide: Student booklet.

Source : Ministère de l'Éducation de l'Alberta, 7 p., 1987.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : I.

Ce livret de renseignements destiné aux élèves du niveau secondaire (1er et 2e cycles) en Alberta décrit les symptômes de la dépression et les signes précurseurs physiques, émotifs et comportementaux des idées de suicide chez les élèves. Il passe en revue les faits et les mythes et indique en 15 points comment aider le suicidaire dans la pratique. Il dresse enfin la liste pour la province des organismes d'information et de prévention en matière de suicide.

(C.I.E.S.)

(82) Auteur(s) : Enriquez, Virgilo G.

Titre : Navajo suicide: A multitrait-multilanguage approach to translation equivalence.

Source : Philippine Journal of Psychology, vol. 4(1) : 70 à 73, juin 1971.

Forme : article de revue.

Adresse : Enriquez, Université des Philippines, Quezon City, Philippines.

Niveau : III.

Des élèves d'une école secondaire bilingue ont pris la version anglaise et la version navajo d'un questionnaire enregistré sur le suicide tiré du «Personal Opinion Inventory» (répertoire des opinions personnelles) de M.S. Zaks. La méthode de rétrotroduction employée a permis d'optimiser l'équivalence de contenu et de réduire les difficultés d'interprétation. On a isolé les différences culturo-linguistiques grâce à une démarche multicaractéristiques-multilangues. La construction d'une matrice multicaractéristiques-multilangues a donné un index d'équivalences de traduction. Les résultats analysés font voir l'utilité de cette orientation.

(Psychological Abstracts)

(83) Auteur(s) : Evans, A.L.

Titre : Cultural attitudes towards suicide of the aged.

Source : 12 p., 1987.

Forme : manuscrit.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : III.

Ce document porte sur les tendances suicidaires dans le réseau scolaire. On a demandé à 1 309 élèves de deux écoles secondaires de la région de Trois-Rivières de répondre à des questionnaires où on s'enquérait des caractéristiques personnelles et se servait des échelles d'évaluation SPEC et CES-D pour la dysphorie. On a constaté que 18 % des élèves de l'échantillon avaient des tendances suicidaires. Dans ce sous-groupe, on relevait une évolution scolaire semblable à celle des non-suicidaires, mais les échecs (surtout chez les hommes), les absences, les défections et les problèmes de discipline étaient plus fréquents.

(C.I.E.S.)

(84) Auteur(s) : Everett, M. W.

Titre : Pathology in White Mountain Apache culture: A preliminary analysis.

Source : Western Canadian Journal of Anthropology, vol. 2(1) : 180 à 203, 1970.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Cette étude est fondée sur des recherches menées en 1969 et en 1970 chez les Apaches de White Mountain au centre-est de l'Arizona. Les résultats confirment l'hypothèse suivant laquelle, peu importe la forme que revêt le comportement pathologique, le système social touché réagira par de la tolérance ou de l'intolérance. Dans le cas du suicide, on n'a pu étayer suffisamment l'hypothèse de l'existence d'un lien direct entre la réaction d'une société et l'importance du tort ou des perturbations que cause l'acte pathologique. L'auteur du délit de suicide ne peut être puni, mais il punit ses «ennemis».

(C.I.E.S.)

(85) Auteur(s) : Farberow, N.L. (éd.).

Titre : Suicide in different cultures.

Source : University Park Press, Baltimore, 1975.

Forme : livre.

Adresse : University Park Press, Baltimore, Maryland, États-Unis.

Niveau : III.

Un chapitre de cet ouvrage (p. 17 à 33) décrit six modes généraux de suicide chez les Amérindiens et s'attache aux différences culturelles dans la population amérindienne et à leur incidence sur les taux de suicide.

(86) Auteur(s) : Fédération des Nations indiennes de la Saskatchewan (FNIS), Commission du développement social et de la santé.

Titre : Suicides, violent and accidental deaths among treaty Indians in Saskatchewan: Analysis and recommendations for change.

Source : Fédération des Nations indiennes de la Saskatchewan, Commission du développement social et de la santé(C1985).

Forme : rapport.

Niveau : II.

Ce rapport est issu du projet d'étude du suicide chez les jeunes Amérindiens réalisé par la FNIS en réaction à la situation de crise vécue par les collectivités indiennes de la Saskatchewan (et en particulier au taux élevé de suicide chez les jeunes Amérindiens). Les activités se sont déroulées en deux étapes : 1) collecte et analyse de données et 2) organisation et réalisation d'ateliers. Le rapport vise à dresser un cadre général d'analyse de problèmes uniques et d'élaboration d'une stratégie de solution. Ce document consacré au suicide, à la mort violente et à la mort accidentelle a été élaboré à l'aide de méthodes de recherche participative appliquées dans le cadre d'ateliers de développement de la personnalité. On voit dans le racisme culturel, institutionnel (appareil gouvernemental compris) et individuel tant passé que présent la source des problèmes auxquels font face les Indiens. La domination politique, économique et institutionnelle qui en découle crée chez les Indiens un état de dépendance et le sentiment de ne plus être maître de leur propre vie. Les effets psychosociaux se manifestent par la fréquence des cas de dépendance, d'incarcération, d'éclatement de la famille, d'alcoolisme et autres toxicomanies, etc. Les accidents, la violence et le suicide sont la principale cause de décès chez les Indiens de la Saskatchewan. Le suicide sévit, notamment dans le groupe des 15 à 24 ans et au sein de la population masculine. Les auteurs proposent une stratégie générale de changement pour que les populations amérindiennes puissent établir et contrôler elles-mêmes leurs politiques, leurs priorités, leurs programmes et leurs services. Comme mesure immédiate, ils recommandent l'organisation d'ateliers de développement de la personnalité.

(87) Auteur(s) : Fine, Paul, McIntire, Matilda S., et Fain, Pamela R.

Titre : Early indicators of self-destruction in childhood and adolescence: A survey of pediatricians and psychiatrists.

Source : Pediatrics, vol. 77(4) : 557 à 568, avril 1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Fine, École de médecine, Omaha, Nebraska, États-Unis.

Niveau : III.

Ce document dresse un tableau comparatif des avis de pédiatres et de psychiatres sur le dépistage des enfants et des adolescents qui s'exposent à des risques d'autodestruction. Une proportion de 59 % des membres de la section du Nebraska de l'American Academy of Pediatrics et de 69 % de l'effectif du district du Nebraska de l'American Psychiatric Association a rempli des questionnaires mentionnant un certain nombre de signes précurseurs de la crise d'autodestruction et de programmes de prévention du suicide. On a constaté principalement que les pédiatres mettaient moins l'accent que les psychiatres de l'enfance sur les troubles dépressifs profonds, que les jeunes pédiatres insistaient plus que les psychiatres sur l'importance des indicateurs psychosociaux, que les médecins des deux groupes avaient l'habitude d'hospitaliser les enfants autodestructeurs qui avaient besoin d'attirer l'attention et que les pédiatres des petites localités avaient moins confiance que les psychiatres dans l'aiguillage mais plus de confiance qu'eux dans les programmes à caractère communautaire. Les résultats font voir qu'un petit groupe d'enfants et d'adolescents à risque suicidaire peut ne pas être dépisté aussi tôt que les groupes plus nombreux et plus «visibles» de gens qui ont une prédisposition aux accidents, ingèrent des substances toxiques et viennent d'une famille violente. Parmi les indicateurs généraux du risque d'autodestruction, on compte l'abus de toxiques, les problèmes psycho-sociaux et la dépression légère. Au nombre des facteurs plus spécifiques de risque de suicide figurent le stress montant, les complications familiales et les maladies mentales importantes, et notamment les troubles dépressifs profonds. Pour une amélioration des soins, les auteurs suggèrent l'adoption d'instruments de dépistage discriminant au niveau des études supérieures, ainsi que de programmes équilibrés de prévention du suicide.

(Résumé de revue)

(88) Auteur(s) : Fitchette, B.

Titre : A proposal for delivery of crisis intervention services in the North.

Source : renseignement non disponible.

Forme : rapport.

Niveau : II.

L'auteur propose un modèle de création de services d'intervention d'urgence dans les localités du Nord de l'Ontario. A la base de sa proposition se trouve la notion que des efforts concertés sont nécessaires à la mise en place d'un système de services d'hygiène mentale propre à assurer un dépistage hâtif des activités suicidaires, de bonnes réactions d'intervention d'urgence et l'adoption de mesures de prévention primaire de l'apparition de graves problèmes de santé mentale dans la population du nord de cette province. Le modèle fait appel à des bénévoles formés.

(C.I.E.S.)

(89) Auteur(s) : Fox, J., Evans, A.L., et Ward, J.A.

Titre : Suicide epidemic among Canadian Indians.

Source : renseignement non disponible.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

Ce document examine les taux de suicide chez les Amérindiens du Canada. Il présente une étude approfondie de l'épidémie de suicides qui a sévi en 1975 dans la réserve indienne Wikewikong de l'île de Manitoulin, en Ontario. Cette année-là, le fléau a fait 8 victimes dans cette collectivité de 3 000 personnes. Les auteurs s'attachent aux caractéristiques démographiques des victimes. Toutes ont averti leur entourage de leur intention d'une manière quelconque, toutes avaient eu des difficultés d'emploi, avaient tendance à s'isoler, ne s'estimaient guère et étaient incapables d'exprimer leurs sentiments.

(C.I.E.S.)

(90) Auteur(s) : Fox, J., Manitowabi, D., et Ward, J.A.

Titre : Five year follow-up on Indian suicide.

Source : renseignement non disponible.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

Il s'agit d'une étude complémentaire portant sur l'épidémie de 8 suicides dans la réserve de l'île de Manitoulin (Ontario) en 1975. Les données puisées dans les dossiers du bureau du corroner en chef indiquent une persistance de ce taux de suicide élevé pendant la période 1976-1980 (27,7 habitants sur 100 000). Au nombre des suggestions d'intervention qui sont faites, on compte la mise en place d'un réseau de ressources formé de spécialistes des services de santé et de travailleurs sociaux qui connaissent de préférence la langue et la culture de la population autochtone visée. On juge essentielles les mesures destinées à renforcer l'estime de soi chez les adolescents.

(C.I.E.S.)

(91) Auteur(s) : Fox, Joseph, Manitowabi, D., et Ward, J.A.

Titre : An Indian community with a high suicide rate: 5 years after.

Source : Revue canadienne de psychiatrie, vol. 29(5) : 425 à 427, août 1984.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Il s'agit d'une étude complémentaire (en suivi) réalisée 5 ans après une épidémie de suicides en 1974 et en 1975 dans la réserve indienne de l'île de Manitoulin, où 8 personnes (âgées en moyenne de 22 ans) ont trouvé la mort dans une population de 200 personnes. Pendant les années qui ont suivi, le taux de suicide est tombé au dixième du niveau atteint pendant l'épidémie pour correspondre aux taux du reste de la population blanche et amérindienne de l'île. On a observé un fléchissement semblable du taux de mortalité violente et du nombre de tentatives de suicide. Il semblerait que les mesures «multidimensionnelles» de prévention et d'intervention qui ont été prises et qui ont consisté notamment

à réprimer l'abus de l'alcool et à promouvoir le recours aux systèmes de soutien traditionnels, ont contribué à améliorer la situation dans une large mesure.

(Psychological Abstracts)

(92)

Auteur(s) :	Frances, Allen, et Clarkin, John F.
Titre :	Considering family versus other therapies after a teenager's suicide attempt.
Source :	Hospital and Community Psychiatry, vol. 36(10) : 1041-1042 et 1046, octobre 1985.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Allen Frances (MD), clinique psychiatrique Payne Whitney, 525, 68^{e} rue est, New York, État de New York, États-Unis, États-Unis 10021.
Niveau :	III.

Dans un cas de tentative de suicide d'une adolescente, on compare les vertus de la thérapie familiale à celles de la thérapie individuelle ou de la thérapie de groupe. On choisit la première à cause de la nature familiale des problèmes de l'adolescente et de la capacité de sa famille de réagir à une telle thérapie.

(93)

Auteur(s) :	Frederick, C.J. (National Institute of Mental Health).
Titre :	Suicide, homicide and alcoholism among American Indians: Guidelines for help.
Source :	National Institute of Mental Health, 1974.
Forme :	livret de renseignements.
Adresse :	National Institute of Mental Health. Centre for Studies of Crime and Delinquency, Bethesda, Maryland, États-Unis.
Niveau :	I.

Ce guide complet ayant pour objet les comportements suicidaires chez les Amérindiens est fondé sur les données d'ateliers organisés en 1972 et en 1973.

(C.I.E.S.)

(94)

Auteur(s) :	French, L., et Hornbuckle, J.
Titre :	Native women suicides questioned by Carolina Cherokees.
Source :	Wassaja, vol. 4(5) : 6, mai 1976.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Les auteurs s'interrogent sur les suicides de femmes Cherokees.

(95) Auteur(s) : Fujimura, Laura E., Weis, David M., et Cochran, John R.

Titre : Suicide: Dynamics and implications for counseling.

Source : Journal of Counseling and Development, vol. 63(10) : 612 à 615, juin 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document étudie la dynamique du suicide, les façons d'agir sur des patients à risque suicidaire possible en relation de consultation, ainsi que les conséquences aussi bien juridiques qu'éthiques pour le conseiller. Il s'attache également aux indicateurs démographiques du risque de suicide, aux caractéristiques de létalité et aux échelles d'évaluation de la létalité en séance initiale de consultation. Il met les conseillers en garde contre la montée des taux de suicide chez les adolescents. Il indique que la plupart des suicides peuvent être prévenus et que tout membre du «milieu émotif» du suicidaire, et notamment les membres de sa famille, les conseillers et les amis, sont bien placés pour prévenir l'acte de suicide. Les auteurs examinent en outre les principales raisons pour lesquelles on ne tient pas compte des communications à caractère suicidaire. Ils font valoir qu'il est essentiel pour les conseillers et les autres spécialistes de la santé mentale d'être convenablement formés et de connaître les façons de bien exploiter les sources d'aiguillage.

(Psychological Abstracts)

(96) Auteur(s) : Fuse, T.

Titre : Suicide in Asia and the Near East.

Source : Pacific Affairs, p. 675 et 676, hiver 1985-1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : I.

Ce document sur le suicide en Alaska et au Proche-Orient présente un profil transculturel du comportement suicidaire dans le monde non occidental et, de l'avis de M. Toyomasa Fuse, l'auteur de ces deux pages de commentaires, vient combler des vides dans la compréhension du phénomène du suicide.

(C.I.E.S.)

(97) Auteur(s) : Getz, William L., Allen, David B., Myers, R. Keith, et Linder, Karen C.

Titre : Brief counseling with suicidal persons.

Source : Lexington Books, Lexington, 1983; cote RC569.B74, 1983, ISBN 0-669-04090-8.

Forme : livre.

Adresse : Lexington Books, D.C. Heath and Company, Lexington, Massachusetts, États-Unis.

Niveau : II.

Après la guerre, il y a eu aux États-Unis une augmentation assez marquée du nombre de suicides chez les hommes blancs de plus de 50 ans et les adolescents de 15 à 24 ans. Cet ouvrage vise à faire connaître aux auxiliaires et aux bénévoles les ressources nécessaires à la réalisation de brèves séances de consultation avec des suicidaires. La philosophie des auteurs est que l'on devrait tenter de prévenir le suicide par tous les moyens possibles. La première partie examine les connaissances théoriques que l'on a sur le suicide, les techniques de prévention et divers phénomènes liés au suicide. La deuxième donne des règles d'organisation d'entrevues avec des suicidaires et de traitement de ceux-ci. La troisième s'attache aux questions particulières du suicide d'adolescents et de patients. La dernière présente à titre d'illustration un compte rendu exact de séances de consultation. On trouve enfin en annexe divers instruments d'évaluation et d'intervention dans un cadre clinique.

(98) Auteur(s) : Giovacchini, Peter.

Titre : The urge to die: why young people commit suicide.

Source : Macmillan Publishing Co. Inc., New York, 1981; cote HV6546.G56, ISBN 0-02-543440-3.

Forme : livre.

Adresse : Macmillan Publishing Co. Inc., 866, 3^{e} avenue, New York, État de New York, États-Unis 10022, 1981.

Niveau : I.

Un des principaux sujets abordés dans cet ouvrage est la transition de l'adolescence à l'âge adulte. Les problèmes de l'adolescence sont complexes et représentent un mélange de facteurs biologiques, physiques, émotifs, sociaux et familiaux. Les facteurs émotifs viennent de l'enfance et occupent une place prédominante chez l'adolescent à la recherche de son identité. Comme il n'a pas encore atteint une pleine indépendance financière ou émotive, celui-ci a de la difficulté à vivre la transition entre enfance et âge adulte. En quête du sentiment de sa propre valeur, il est à l'affût de réponses précises, mais ne trouve que des ambiguïtés. Souvent, cette quête de valeur se manifeste par de la rébellion. Dans certains cas, l'adolescent entre en rivalité avec ses parents, tout en tâchant désespérément de leur plaire. La réaction parentale joue un rôle capital et peut venir nourrir, à l'insu même des parents, le comportement suicidaire. Il importe que les parents ne perdent pas tout contact avec la vie de l'adolescent et acceptent un état normal de rébellion sans oublier de guetter les signes précurseurs du comportement suicidaire. Ils devraient

encourager l'adolescent à chercher ses propres réponses aux problèmes de l'accession à l'âge adulte.

(99)

Auteur(s) :	Glatt, K.M.
Titre :	Helpline: Suicide prevention at a suicide site.
Source :	Suicide and Life-Threatening Behavior, 17(4) : 299 à 309, hiver 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Glatt, Service d'hygiène mentale du comté de Dutchess, Poughkeepsie, New York, États-Unis.
Niveau :	III.

Pour réduire le nombre de suicides au pont de Poughkeepsie (New York) sur l'Hudson, le service d'hygiène mentale du comté de Dutchess et l'organisme de l'État de New York responsable des ponts y ont installé à des fins de prévention un téléphone directement relié à un service-secours 24 heures en psychiatrie. Autant que nous sachions, c'est le premier programme qui ait prévu l'établissement d'un service téléphonique spécialisé relié à un service de santé mentale dans un lieu où se sont produits un certain nombre de suicides. En 2 ans, le téléphone a été utilisé 30 fois et, d'après les indications recueillies, les gens qui attentent à leurs jours en sautant d'un pont ont une attitude suffisamment ambivalente à l'égard de la mort pour demander de l'aide si la possibilité existe et être ainsi éventuellement sauvés.

(Medline)

(100)

Auteur(s) :	Glatt, Kenneth M., Sherwood, David W., et Amisson, Thomas J.
Titre :	Telephone helplines at a suicide site.
Source :	Hospital and Community Psychiatry, vol. 37(2) : 178 à 180, février 1986.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Ce document décrit un programme de prévention du suicide où deux dispositifs de communication «bidirectionnelle» reliés directement à un organisme de santé mentale ont été installés sur un pont où s'étaient produites un certain nombre de tentatives de suicide. Les auteurs présentent les caractéristiques du système, la procédure d'intervention au téléphone et une fiche de cas à titre d'exemple. L'analyse des résultats d'une première année d'activité indique que la mise en place d'un système de communication est une façon convenable et efficace de prévenir le suicide.

(Psychological Abstracts)

(101) Auteur(s) : Gold, D.D. (Jr.)

Titre : Common suicidal subtypes and their treatment.

Source : American Family Physician, 35(4) : 149 à 156, avril 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Gold, École de médecine de l'Université du Dakota du Sud, Sioux Falls, Dakota du Sud, États-Unis.

Niveau : III.

Le comportement autodestructeur est le mode ultime de manifestation d'une diversité de problèmes humains. Comme les possibilités de diagnostic sont très nombreuses chez les patients qui attentent à leurs jours, l'établissement d'un diagnostic plus précis est essentiel. Il ne suffit pas de se demander, comme on le fait souvent, si le patient commettra d'autres tentatives. C'est en comprenant pourquoi quelqu'un est malheureux que l'on pourra plus facilement procéder à une caractérisation du comportement suicidaire et décider des interventions thérapeutiques nécessaires.

(Medline)

(102) Auteur(s) : Goldberg, R.J.

Titre : The assessment of suicide risk in the general hospital.

Source : General Hospital Psychiatry, 9(6) : 446 à 452, novembre 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Goldberg, Service de psychiatrie, Hôpital de Rhode Island, Providence, Rhode Island, États-Unis.

Niveau : III.

L'évaluation des risques de suicide compte parmi les principales activités du psychiatre en établissement hospitalier non spécialisé dans le cas des patients hospitalisés après une tentative de suicide et des autres malades chez qui on constate un risque de suicide après leur entrée à l'hôpital. Les mesures biologiques et psychosociales présentent une valeur prévisionnelle à long terme, mais il n'existe aucune mesure utile pour la prévision du risque «aigu». Ce n'est toutefois pas parce qu'il n'existe pas de bons instruments de mesure que le clinicien devrait se sentir justifié de ne pas procéder à une évaluation. La jurisprudence des juridictions d'appel indique que l'évaluation et la consignation doivent être «suffisantes» sans préciser ce qu'on entend par ce terme. Le document aborde des points jugés si fondamentaux pour l'appréciation des risques de suicide que le défaut d'obtenir et de consigner des renseignements à ce sujet pourrait représenter une faute professionnelle. Voici ces aspects : déclaration du patient faisant état d'idées et de projets actuels de suicide, présence ou absence de délire, de psychose et de dépression, actes inhabituels que le patient trouve sensés, confirmation par un tiers et formulation globale. L'auteur présente des consignes pour jeter les bases de soins cliniques facultatifs et réduire

le plus possible les risques de poursuites dans les évaluations de cas de suicide possible en établissement hospitalier non spécialisé.

(Medline)

(103)

Auteur(s) :	Gonzalez Forestier, Tomas.
Titre :	Attitudes of college students toward suicide.
Source :	Thèse (Université de l'Arizona), 1983; numéro de commande DA8401263.
Forme :	thèse.
Adresse :	Gonzalez, Université de l'Arizona, Tucson, Arizona, États-Unis.
Niveau :	III.

On a établi un lien entre les attitudes à l'égard du suicide et la façon dont les spécialistes de la santé et les non-spécialistes se comportaient envers des suicidaires. Dans certains cas, les attitudes négatives à l'endroit du suicidaire semblent amener celui-ci à multiplier les tentatives de suicide ou à mettre fin à ses jours. L'auteur de l'étude examine l'attitude des élèves de collège à l'égard du suicide, se demande si cette attitude est liée à leur faculté de discerner les interventions verbales d'ordre thérapeutique et cherche à dégager les variables de la personnalité qui déterminent l'attitude à l'égard du suicide et cette capacité de reconnaître les interventions thérapeutiques.

Pour les besoins de cette étude, on a demandé à 215 volontaires du premier cycle universitaire (122 hommes et 93 femmes des premières classes de psychologie) de répondre à trois questionnaires portant respectivement sur les opinions concernant le suicide (•Suicide Opinion Questionnaire• ou questionnaire SOQ), les réactions d'intervention en matière de suicide (•Suicide Intervention Response Inventory• ou questionnaire SIRI) et les ressources psychologiques (•California Psychological Inventory• ou questionnaire CPI). L'âge des personnes interrogées variait entre 18 et 21 ans. Les 45 éléments supplémentaires du questionnaire SOQ ont donné dans l'ensemble une note •attitude favorable• pour chaque sujet. Dans le cadre du SIRI, on a noté de 0 à 25 la faculté de discerner les réactions d'intervention à des appels imaginaires de suicide.

Les données des tests n'ont pas permis d'étayer la première hypothèse suivant laquelle les attitudes favorables à l'égard du suicide seraient en corrélation positive avec la faculté de bien voir les réactions d'intervention de facilitation. On a accepté la seconde hypothèse selon laquelle des tests de personnalité peuvent faire prévoir l'existence et d'une attitude favorable à l'égard du suicide (résultats SOQ) et de la faculté de discerner les réactions d'intervention de facilitation (résultats SIRI). En ce qui concerne les résultats SOQ, il y avait prévision positive pour les échelles CPI de la souplesse et de la réalisation dans l'autonomie et prévision négative pour la réalisation dans la conformité. Dans le cas des résultats SIRI, la prévision était positive pour l'ascendant et l'efficacité intellectuels et négative pour la bonne impression. La documentation spécialisée voit dans la souplesse une des qualités que doit posséder la personne compétente en intervention d'urgence.

L'étude implique que les étudiants plus souples et plus autonomes sont susceptibles d'adopter une attitude plus favorable à l'égard du suicide. Une autre conséquence est que les étudiants plus intelligents et qui ont plus de ressort intellectuel, plus d'initiative et un souci modéré de l'impression qu'ils font aux autres ont plus de chances de reconnaître les réactions d'intervention pouvant être utiles aux suicidaires.

(Résumé de thèse)

(104)

Auteur(s) : Gould, Madelyn S., et Shaffer, David.

Titre : The impact of suicide in television movies: Evidence of imitation.

Source : The New England Journal of Medicine, vol. 315(11) : 690 à 694, septembre 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Des indications de plus en plus abondantes font voir que les comportements imitatifs peuvent jouer un rôle dans le phénomène du suicide chez les adolescents. Les auteurs ont étudié la variation du nombre de suicides et de tentatives de suicide chez les adolescents dans la région métropolitaine de New York deux semaines avant et après la présentation de quatre films de fiction à la télévision à l'automne et à l'hiver de 1984-1985. Le nombre moyen de tentatives (22) pendant les deux semaines qui ont suivi les présentations était de beaucoup supérieur au nombre moyen avant ces mêmes présentations (14; probabilité de moins de 0,05). Le nombre d'actes de suicide réussis a lui aussi fortement augmenté (par rapport à ce que l'on pouvait prévoir) après la projection de trois de ces films (probabilité de moins de 0,05).

Les auteurs en concluent que les résultats appuient l'hypothèse de l'existence de suicides à caractère imitatif chez les adolescents et que d'autres explications comme la multiplication des aiguillages vers les hôpitaux ou un renforcement de la sensibilité des médecins ou du personnel hospitalier au comportement suicidaire d'adolescents peuvent difficilement rendre compte de l'augmentation du nombre de suicides et de tentatives de suicide.

(Résumé de revue)

(105)

Auteur(s) : Green, Ben Ezra, et coll.

Titre : A review of child psychiatric epidemiology with special reference to American Indian and Alaska Native children.

Source : White Cloud Journal of American Indian and Alaska Native Mental Health, vol. 2(2) : 22 à 36, 1981.

Forme : article de revue.

Adresse : White Cloud Center, Gains Hall UOHSC, 840, chemin Gaines sud-ouest, Portland, Oregon, États-Unis 97201.

Niveau : III.

Ce document met la connaissance restreinte que nous avons des problèmes psychologiques des enfants amérindiens et des enfants autochtones de l'Alaska dans la perspective de l'épidémiologie psychiatrique générale de l'enfance à l'aide des principes taxonomiques du troisième manuel de diagnostic et d'observation statistique de l'American Psychiatric Association. On peut se procurer ce document au White Cloud Center, Gains Hall UOHSC, 840, chemin Gaines sud-ouest, Portland, Oregon, États-Unis 97201.

(ERIC)

(106)

Auteur(s) : Grove, O., et Lynge, J.

Titre : Suicide and attempted suicide in Greenland: A controlled study in Nuuk (GODTHAAB).

Source : Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 60(4) : 375 à 391, octobre 1979.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Presque 2 adultes sur 1 000 se suicident tous les ans et les tentatives de suicide sont cinq fois plus fréquentes. On constate souvent que le contexte familial pendant l'enfance était marqué par les querelles et l'alcool. C'est du moins vrai pour les auteurs d'une tentative de suicide, qui ont souvent souffert eux-mêmes de conflits émotifs avec des proches, de troubles de l'alcoolisme et de la criminalité et d'instabilité au travail. Ni les situations de deuil ni l'exposition transculturelle ni l'éclatement du foyer ni les conditions climatiques ne semblent exercer une influence marquée. Les auteurs examinent les résultats en fonction de l'évolution sociale et culturelle de la société groenlandaise.

(Résumé de revue)

(107)

Auteur(s) : Gutstein, S.E., Rudd, M.D., Graham, J.C., et Rayha, L.L.

Titre : Systemic crisis intervention as a response to adolescent crises: An outcome study.

Source : Family Process, 27(2) : 201 à 211, juin 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : Gutstein, Programme de développement et d'évaluation, Houston Child Guidance Center, Texas, États-Unis.

Niveau : III.

Cette étude démontre le caractère sûr et efficace d'un programme de traitement externe permettant de s'occuper de situations de crise provoquées par des adolescents grâce à une mobilisation et à une restructuration du système de parenté dans la famille. On a suivi les familles de 75 adolescents à risque d'hospitalisation jusqu'à 24 mois après le traitement par intervention d'urgence globale. Les auteurs présentent des mesures du fonctionnement de la progéniture et de la famille, du comportement suicidaire, du recours aux

institutions et des frais de traitement. Les résultats indiquent nettement le caractère efficace et sûr et la viabilité économique du mode global ou «systémique» d'intervention d'urgence.

(Medline)

(108) Auteur(s) : Haenel, T.

Titre : Der Sturz als Mittel zum Suizid-psychodynamische Aspekte. [La chute comme mode de suicide : Aspects psychodynamiques].

Source : Scchweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, vol. 136(5) : 23 à 26, 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document s'attache à la signification du saut ou de la chute suicidaire dans les contes de fées, la littérature et l'histoire. Il se sert de 8 exemples de cas pour exposer la psychodynamique de ce genre de tentative de suicide. Il indique les possibilités de prévention du suicide et de traitement des gens qui échouent dans leur tentative.

(Psychological Abstracts)

(109) Auteur(s) : Haile, Penelope J., et Levitt, Lynn.

Titre : Student suicide Reduction: Are the colleges helping?

Source : Annual Convocation of the Northeastern Educational Research Association, octobre 1984.

Forme : rapport.

Niveau : III.

On a étudié les programmes de prévention du suicide et les réactions aux suicides ou aux tentatives de suicide d'étudiants dans 21 collèges et universités de Long Island, New York. Il n'y a pas eu de suicides d'étudiants sur le campus d'aucun de ces collèges de septembre 1981 à juin 1983, mais le tiers des établissements ont connu des tentatives de suicide. On pouvait observer une grande diversité de services de consultation, mais peu avaient directement pour objet les problèmes de suicide chez les étudiants. Peu d'activités de formation portaient sur la façon de réagir à des tentatives de suicide en milieu estudiantin. Toutefois, presque les deux tiers des collèges indiquaient que leur personnel de consultation avait discuté en bonne et due forme de ces questions avec les élèves. Le tableau des effectifs de consultation était le suivant : 25 % des collèges n'avaient pas de conseillers à plein temps, 29 % n'en avaient qu'un, 30 % en comptaient de 6 à 15 et 50 % employaient de 1 à 25 conseillers à temps partiel ou à plein temps. Parmi les suggestions de prévention du suicide chez les étudiants, on compte l'idée d'un réseau de ressources et une recommandation d'amélioration de la disponibilité de services de consultation ayant directement pour objet le suicide estudiantin. Le document présente en annexe le questionnaire des services de consultation des collèges et une liste de six documents de référence.

(ERIC)

(110) Auteur(s) : Hals, Elaine.

Titre : Suicide prevention.

Source : Health Education, vol. 16(4) : 35 à 40, septembre-octobre 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Les adolescents sont les victimes les plus probables du suicide, mais les étudiants peuvent constituer la première ligne de défense contre ce mal. Cet article parle des causes et des signes avant-coureurs du suicide, des comportements suicidaires et des façons de venir en aide au suicidaire. L'auteur suggère des activités pouvant permettre aux étudiants de voir dans le suicide un acte désespéré susceptible d'être compris et prévenu.

(ERIC)

(111) Auteur(s) : Hankoff, L.D. (éd.), et Einsidler, Bernice (éd. adjoint).

Titre : Suicide: Theory and clinical aspects.

Source : PSG Publishing Company Inc., Littleton, 1979; cote RC569.S937, ISBN 0-88416-198-6.

Forme : livre.

Adresse : PSG Publishing Company Inc., Littleton, Massachusetts, États-Unis.

Niveau : II.

Après un aperçu historique du phénomène du suicide dans les civilisations anciennes, cet ouvrage passe en revue les systèmes de valeurs contemporains intéressant le suicide, et notamment les conceptions civiles, religieuses, juridiques et professionnelles. Il examine les corrélatifs biologiques possibles et les aspects du comportement suicidaire sous l'angle des influences physiochimiques, de l'électro-encéphalographie et de l'auto-agression chez les animaux. Plusieurs chapitres consacrés à la psychologie du suicide mettent en lumière les facteurs de motivation, de personnalité et de situation qui interviennent dans le comportement suicidaire. Les auteurs décrivent des groupes particulièrement exposés comme les Amérindiens, les personnes âgées et les alcooliques et autres toxicomanes, et dégagent des démarches de traitement. Pour conclure, ils s'étendent sur les techniques et les services des intervenants en santé mentale et des autres intervenants en soins (consultation pastorale comprise) en ce qui concerne la «gestion» et la prévention du suicide.

(112) Auteur(s) : Harvey, Elinor B., Gazay, Louis, et Samuels, Bennett.

Titre : Utilization of a psychiatric-social work team in an Alaskan Native secondary boarding school.

Source : Journal of the American Academy of Child Psychiatry, vol. 15(3) : 558 à 574, été 1976.

Forme : article de revue.

Adresse : Harvey, Alaska Region Bureau of Indian Affairs, Mt. Edgecumbe School, Juneau, Alaska, États-Unis.

Niveau : II.

Une étude portant sur une période de 5 ans de consultation psychiatrique et de travail social en Alaska dans un pensionnat du niveau secondaire destiné aux Esquimaux, aux Aléoutes et aux Indiens (384 élèves) indique que, bien que la majorité des élèves viennent de petits villages homogènes, la plupart des éléments «perturbateurs» sont issus de collectivités hétérogènes plus importantes. Ces élèves ont tendance à se défouler en buvant de l'alcool, nuisant ainsi à leur progression scolaire et à celle de leurs camarades. Les élèves venant de petits villages pouvaient avoir des problèmes tout aussi sérieux, mais étaient plus enclins à présenter les signes plus discrets et plus faciles à reconnaître de l'anxiété et de la dépression. Pendant les premières années du programme d'hygiène mentale ou avant qu'il ne voie le jour, les élèves de ce groupe avaient fait un certain nombre de tentatives de suicide, un phénomène rare maintenant. On croit que ceux qui vivaient dans de grandes collectivités hétérogènes avaient quelque peu perdu le sens de leur identité à cause du passage d'un petit village à un milieu plus vaste et plus diversifié dont la population semblait être bien établie. Comme ces voisins «bien en place» manifestaient fréquemment leurs difficultés d'adaptation culturelle par un comportement alcoolique et semi-délinquant, beaucoup d'adolescents fraîchement débarqués se sont identifiés à l'agressivité de ce type de comportement. Le programme de santé mentale est axé sur un renforcement de l'identité des élèves et du personnel, celui-ci ayant tendance à servir de modèle d'identification à ces mêmes élèves. Grâce à ces efforts d'équipe, on a pu observer une diminution marquée des taux de défection, d'expulsion et de tentative de suicide.

(Psychological Abstracts)

Auteur(s) : Hatton, C.L., et McBride, Valente S.

Titre : Suicide assessment and intervention.

Source : Appleton-Century-Crofts, Connecticut, p. 175 à 194, 1984.

Forme : livre.

Niveau : III.

Un chapitre de cet ouvrage (p. 175 à 194) porte sur la consultation et l'intervention en matière de suicide dans les minorités raciales et ethniques. Les auteurs s'attachent dans ce chapitre aux aspects des interventions d'urgence, de la consultation et des différences culturelles en ce qui concerne des minorités comme les populations noire, hispanique et amérindienne.

(114) Auteur(s) : Havighurst, Robert J.

Titre : The extent and significance of suicide among American Indians today.

Source : Mental Hygiene, vol. 55(2) : 174 à 177, avril 1971.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Les taux de suicide chez les Amérindiens sont étroitement liés à la désorganisation de la vie familiale, à l'alcoolisme et au décès d'amis ou de parents. On observe chez les jeunes Américiens de sexe masculin des taux d'environ deux fois supérieurs à ceux des jeunes Blancs de même sexe. On relève des différences de taux beaucoup moins grandes entre femmes amérindiennes et blanches.

(Résumé de revue)

(115) Auteur(s) : Hayes, P.A., Prince, M.T., et Hayes, K.

Titre : The suicidal adolescent.

Source : ASDC Journal of Child Dentistry, 55(2) : 133 à 136, mars-avril 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : Hayes, Service d'art dentaire pédiatrique, Hôpital pour enfants de l'Arkansas, Little Rock, Arkansas, États-Unis.

Niveau : III.

Les auteurs sont d'avis qu'en faisant connaître aux dentistes les signes précurseurs du suicide et le protocole de «gestion» de cas appréhendés, on pourrait prévenir la mort tragique de beaucoup d'adolescents. Ces éléments d'éducation pourraient faire partie du programme d'études en art dentaire au niveau du baccalauréat et être périodiquement renforcés par la documentation spécialisée et l'éducation permanente. Les dentistes et leur personnel auxiliaire doivent être constamment à l'affût des signes avant-coureurs de ce problème dont les ravages s'accroissent sans cesse. Les cas appréhendés devraient faire l'objet d'un examen et d'un suivi complets.

(Medline)

(116) Auteur(s) : Santé et Bien-être social Canada.

Titre : Suicide prevention among British Columbia Indians: Guideline for helpers.

Source : Santé et Bien-être social Canada, Ottawa (Ontario), Canada.

Forme : livret de renseignements.

Niveau : II.

Ce document s'adresse aux gens qui s'occupent de cas de suicide. Il s'attache aux ennuis de santé caractéristiques, au rôle de la famille, à celui des spécialistes et des non-spécialistes, aux symptômes du comportement dépressif et autodestructeur et à la façon de traiter et de conseiller le suicidaire. Il ne tient pas compte du contexte culturel des populations amérindiennes. Il se contente de répéter ce qui est habituellement dit sur ces questions.

(117)

Auteur(s) :	Santé et Bien-être social Canada, région de la Saskatchewan.
Titre :	About suicide...and how you can help prevent it.
Source :	Newsletter: Health Education: Saskatchewan Region, vol. 5, numéro 10, octobre 1985.
Forme :	bulletin d'information.
Niveau :	I.

Le suicide est l'acte délibéré que commet celui qui veut mettre fin à ses jours et il se produit habituellement quand quelqu'un est écrasé par ses problèmes. Toutes sortes de gens se suicident : les jeunes et les vieux, les riches et les pauvres, les hommes et les femmes et les gens de toutes les races et de toutes les croyances. Il est bon de se renseigner sur le suicide, car on sera ainsi en mesure d'arrêter le bras de celui qui songe à se suicider. Outre l'affliction normale que cause la perte d'un être cher, la famille peut éprouver de la culpabilité, de l'appréhension et des émotions qui vont de la colère à la dépression. On se fait beaucoup de fausses idées sur le suicide, mais la plupart des suicidés ont donné des indices de leur intention. Il y a trois grandes façons de venir en aide à la personne en proie aux idées de suicide : (1) le soutien émotif actif, (2) l'incitation à prendre des mesures positives propres à remédier aux situations d'infortune et de troubles et (3) la recherche d'une aide spécialisée.

(118)

Auteur(s) :	Hengeveld, M.W., Herkhof, A.J., et van der Wal, J.
Titre :	Evaluation of psychiatric consultations with suicide attempters.
Source :	Acta Psychiatrica Scandinavica, 77(3) : 282 à 289, mars 1988.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Hengeveld, Service de psychiatrie, Hôpital universitaire, Leyde, Pays-Bas.
Niveau :	III.

On a évalué les mesures de diagnostic, de gestion et de décision dans 120 cas de consultation psychiatrique de patients aiguillés vers un hôpital universitaire après une tentative de suicide. Les renseignements ont été consignés par le personnel infirmier et

les conseillers psychiatriques et on a interrogé à fond les patients après leur sortie d'hôpital. Beaucoup de patients (proportion de 43 %) avaient été traités en hôpital psychiatrique dans le passé ou au moment de la tentative. Dans presque le tiers des cas, les conseillers ne s'étaient pas suffisamment intéressés au récit fait par les patients de la dernière tentative ou des tentatives antérieures. Leur appréciation des possibilités de réapparition du comportement suicidaire présentait une faible valeur prévisionnelle (proportion de 54 %). Les patients avaient des doutes ou de l'insatisfaction au sujet de la consultation dans le quart ou la moitié des cas. On observait toutefois un très grand respect (79 %) des indications d'aiguillage des conseillers. Un grand nombre de patients ont reçu des soins appropriés, mais les conseillers n'ont pas prêté une attention suffisante au groupe d'anciens patients en clinique interne en rechute de comportement suicidaire. Les auteurs examinent les causes et les conséquences possibles de ces constatations.

(Medline)

(119)

Auteur(s) :	Henry, Phil, et Morse, Maria.
Titre :	Teenage suicide: The final cry.
Source :	Governor's Advocacy Council on Children and Youth.
Forme :	rapport.
Adresse :	Governor's Advocacy Council on Children and Youth, Raleigh, Caroline du Nord, États-Unis.
Niveau :	III.

Pour se renseigner davantage sur les services mis à la disposition des jeunes dans les centres de prévention du suicide de Caroline du Nord, on a mené une enquête dans 86 centres d'hygiène mentale et de prévention du suicide. Le questionnaire de 16 questions portait sur la disponibilité et l'importance des services offerts par les centres, les tendances de la dotation, les sources de financement et le pourcentage de la clientèle appartenant à la tranche d'âge 13-24 ans. Les résultats nous indiquent que les centres ont reçu des fonds du gouvernement fédéral, des États et des administrations locales, des associations religieuses, des organismes de bienfaisance et de particuliers. Un des centres consacrait tout son temps à la prévention et à l'intervention en matière de suicide. Dans les autres, la proportion des services affectés à la prévention variait entre moins de 5 % et 50 %. La plupart avaient un service 24 heures, mais en ce qui concerne d'autres services comme les services-secours téléphoniques, les systèmes d'aiguillage, les interventions d'urgence, le logement d'urgence, les soins médicaux, les cliniques de consultation sans rendez-vous et les programmes spéciaux destinés aux adolescents, on constatait d'amples variations entre les centres. La taille, la vocation et l'orientation des centres en déterminaient et l'importance des effectifs et la proportion de jeunes dans la clientèle. Dans ce rapport, on trouve un résumé, des résultats de recherche, des statistiques et une description des signes avant-coureurs du suicide d'adolescents. Les auteurs présentent en annexe le questionnaire d'enquête et des tableaux statistiques sur le phénomène du suicide au niveau national et dans les États. Un tableau énumère enfin les 86 centres d'hygiène mentale visés par l'enquête et en indique le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, le territoire de desserte, les heures d'ouverture, les services offerts, etc.

(ERIC)

(120) Auteur(s) : Henry, Philip N.

Titre : Teenage suicide: Is there a need for public policy in North Carolina?

Source : ERIC, ED 262-326, 1985.

Forme : manuscrit.

Adresse : ERIC Document Reproduction Service, 3900, avenue Wheeler, Alexandria, Virginie, États-Unis 22304-5110.

Niveau : II.

La montée rapide du suicide chez les adolescents américains ces dernières années a incité les gens à mettre en place de nouveaux programmes de prévention du suicide et à revitaliser les services en place dans nombre de localités. Le gouvernement fédéral a pris un certain nombre d'initiatives visant à enrayer le phénomène et plusieurs États ont adopté des mesures législatives. En Caroline du Nord, les établissements scolaires locaux essaient, par des consultations de groupe et d'autres démarches structurées, de faire face aux situations d'urgence et de faire connaître aux élèves les problèmes de santé de l'adolescence dans le cadre des programmes d'études. Il a été recommandé que les écoles constituent des équipes d'intervention d'urgence et participent à des ateliers destinés à former les conseillers, les enseignants et les administrateurs scolaires aux techniques d'observation et de repérage des signes précurseurs du suicide. Outre les stratégies employées par les réseaux scolaires locaux, la Caroline du Nord a plusieurs campagnes de sensibilisation et ateliers de formation parrainés par divers organismes. La recherche a permis de diffuser un grand nombre de statistiques sur le suicide dans l'adolescence et les spécialistes ont pu isoler certaines «causes contribuantes» de la montée du suicide chez les adolescents. Les suicidologues sont d'avis que l'on pourrait largement diminuer les taux de suicide dans ce groupe d'âge si les parents, les enseignants, les pairs et les autres personnes qui travaillent avec des adolescents étaient mieux sensibilisés à l'importance du problème et plus conscients des signes avant-coureurs du suicide. Il faudra plus de coordination et de leadership au niveau des États si on veut optimiser les efforts visant à faire échec au suicide chez les adolescents.

(ERIC)

(121) Auteur(s) : Hess, Allen K.

Titre : The self-imposed death sentence.

Source : Psychology Today, 21(6) : 50 à 53, juin 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Hess, Université Auburn, États-Unis.

Niveau : III.

L'auteur indique que, en cas d'arrestation, les autorités se doivent de procurer des soins de base aux détenus, notamment des services de santé mentale et de prévention du suicide. Il propose six mesures propres à faire échec au suicide carcéral : (1) acceptation entière par les municipalités de leur responsabilité à l'égard du bien-être des détenus;

(2) financement et multiplication au niveau municipal des agents et des services d'hygiène mentale en milieu carcéral; (3) formation en santé mentale du personnel carcéral; (4) élaboration et application de mesures de dépistage des cas de suicide possible; (5) participation de spécialistes des sciences du comportement à la conception des établissements carcéraux; (6) adoption de démarches directes et novatrices, et notamment recours à des bénévoles formés pour les tâches de consultation d'urgence.

(Psychological Abstracts)

(122)

Auteur(s) : Hill, C.A., et Spector, M.I.

Titre : Natality and mortality of American Indians compared with U.S. whites and nonwhites.

Source : HSMHA Health Reports, vol. 86(3) : 229 à 246, 1971.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Une façon de mesurer l'état de santé d'un groupe est de tirer des statistiques des données de l'état civil. Dans ce document, on met l'accent sur les antécédents des Indiens et des autochtones de l'Alaska sur le plan de l'état civil et on les compare à ceux de l'ensemble de la population, de la population blanche et de la population non blanche aux États-Unis. Les auteurs donnent d'autres renseignements sur le programme de services de santé destiné aux Indiens et la population indienne et autochtone de l'Alaska afin de mieux faire voir les facteurs uniques qui influent sur l'état de santé de ce groupe.

(C.I.E.S.)

(123)

Auteur(s) : Himmelhoch, J.M.

Titre : Lest treatment abet suicide.

Source : Journal of Clinical Psychiatry, 49 suppl.: 44 à 54, décembre 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Himmelhoch, Département de psychiatrie, Université de Pittsburgh, École de médecine, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pennsylvanie, États-Unis 15213.

Niveau : III.

Les données épidémiologiques ont permis de dégager des facteurs de risque comme les grandes affections dépressives et la toxicomanie sédatifs-alcool, signes dont peut s'aider le clinicien pour dépister les cas de suicide possible. On a pu constater de subtiles différences de tendances suicidaires dans le cas des affections dépressives bipolaires et unipolaires. Le suicide se produit tôt en situation unipolaire et le phénomène s'intensifie avec l'accroissement de l'agitation et l'aggravation des symptômes de mélancolie. En situation bipolaire, les tendances suicidaires entrent en jeu plus tard dans le cours des événements et chaque rechute affective vient progressivement aggraver les atteintes et le caractère mortel de la maladie. Il appartient individuellement aux cliniciens de traiter les

patients suicidaires d'une manière sûre et efficace et le traitement est fonction des variables neuropsychiatriques, du caractère approprié de la thérapie et de l'établissement d'une communication directe et honnête entre patient et clinicien. Le ferme refus d'un partage des responsabilités cliniques primaires entre spécialistes collaborants et la persévérance clinique dans les rapports avec les tiers peuvent aider à prévenir le suicide. Une constatation active de la psychose, d'une pharmacodépendance aux sédatifs et de troubles subtils du système nerveux central est tout à fait nécessaire. La pharmacothérapie veut souvent dire administration d'antidépresseurs à action rapide et efficace, mais dans le cas de certains patients, seule une intervention sismothérapeutique (électrochocs) permettra d'atténuer les tendances suicidaires. La participation est la clé de la psychothérapie en «gestion» de cas de suicide.

(Medline)

(124)

Auteur(s) :	Hipple, John, et Cimbolic, Peter.
Titre :	The counselor and suicide crisis: Diagnosis and intervention.
Source :	Charles C. Thomas, éditeur, Springfield, 1979; cote RC569.H56, ISBN 0-398-03872-4.
Forme :	livre.
Adresse :	Charles C. Thomas, éditeur, 301-327, avenue Lawrence est, Springfield, Illinois, États-Unis.
Niveau :	II.

L'examen des aspects cliniques de la consultation en matière de suicide nous renseigne sur le diagnostic de la crise suicidaire et l'intervention auprès du suicidaire. Le document aborde les aspects théoriques et statistiques du phénomène du suicide et donne un aperçu des vues historiques, philosophiques et religieuses sur la question, ainsi que des facteurs démographiques. Il établit un lien entre diverses catégories de dépression et les degrés de risque de suicide et fait de la dépression un très important facteur émotionnel du comportement suicidaire. Le conseiller doit d'abord évaluer le risque, l'ampleur de la crise suicidaire et sa durée et intervenir ensuite d'une manière spécifique et appropriée. La tâche de traitement primordiale est de garder le patient en vie et, à cet égard, les «pactes» thérapeutiques passés avec celui-ci sont souvent une voie constructive à explorer. Le conseiller n'a pas à agir seul, la famille et les enfants faisant partie de la «bouée de sauvetage» que l'on peut trouver et utiliser. Le téléphone peut aussi être utile au conseiller pendant une crise suicidaire. Il se doit de surveiller ses propres réactions au suicide et au comportement suicidaire et de demander de l'aide pour lui-même au besoin. Au nombre des aspects juridiques et éthiques de la crise suicidaire, il y a la possibilité d'une hospitalisation forcée et les impératifs de confi-dentialité. L'intervention médicale et chimiothérapeutique gardera le patient en vie à court terme, mais peut ne pas toujours se révéler efficace à long terme.

(125) Auteur(s) : Hislop, T. G., et coll.

Titre : Accidental and intentional violent deaths among British Columbia Native Indians.

Source : Revue canadienne de santé publique, vol. 78(4) : 271 à 274, juillet-août 1987.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document examine les morts violentes accidentelles et préméditées chez les Amérindiens de Colombie-Britannique sous l'angle des actes de suicide réussis, des taux de suicide et de mortalité et des différences selon le sexe.

(126) Auteur(s) : Hlady, W.G., et Middaugh, J.P.

Titre : Suicides in Alaska: Firearms and alcohol.

Source : American Journal on Public Health, 78(2) : 179 et 180, février 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : Hlady, Division des services de santé et des services sociaux, État d'Alaska, Anchorage, Alaska, États-Unis 99524-0249.

Niveau : III.

Une étude (non informatisée) d'actes de décès et de dossiers d'autopsie a indiqué que 195 suicides avaient eu lieu en Alaska pendant la période 1983-1984. C'est chez les autochtones de sexe masculin âgés de 20 à 24 ans que l'on relevait le taux de suicide le plus élevé (257 années-personnes sur 100 000). Au total, 76 % des cas de suicide comportaient l'utilisation d'une arme à feu; 79 % des autochtones et 48 % des Blancs qui s'étaient suicidés avaient une teneur sanguine en alcool constatable. Le suicide à l'aide d'une arme à feu semblait faiblement lié aux teneurs sanguines en alcool supérieures à 100 mg/dl (risque relatif 1,3, intervalle de confiance à 95 % de 1,11 à 1,47).

(Medline)

(127) Auteur(s) : Hobart, C.

Titre : Psycho-social problems associated with resource development in three northern Native communities.

Source : Revue canadienne d'hygiène mentale communautaire, supplément n° 1, p. 73 à 79, hiver 1983.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Cette analyse des données de trois zones plutôt contrastées de mise en valeur de ressources dans le Nord fait voir des tendances divergentes dans les populations autochtones en ce qui concerne les éléments de stress psychosocial. Dans les zones Coppermine et Nanisivik, c'est l'emploi par roulement ou rotation qui produisait les effets les plus perturbateurs, tandis que dans la zone de Fort MacKay, les collectivités très proches des grandes entreprises d'exploitation de ressources naturelles subissaient l'incidence négative la plus marquée.

(C.I.E.S.)

(128)

Auteur(s) :	Hochkirchen, Bemward, et Jilek, Wolfgang.
Titre :	Psychosocial dimensions of suicide and parasuicide in Amerindians of the Pacific Northwest.
Source :	Journal of Operational Psychiatry, vol 16(2) : 24 à 28, 1985.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Hochkirchen, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Allemagne de l'Ouest.
Niveau :	III.

A l'occasion d'une étude sur le terrain de 9 mois à trois endroits, on a recueilli des renseignements sur les comportements autodestructeurs chez les Amérindiens du Nord-Ouest du Pacifique. On a procédé à une enquête complète sur les blessures personnelles et on a examiné les dossiers des hôpitaux, de la police, des églises et des centres communautaires. Les résultats de l'exercice indiquent que la plupart des gens «exposés» avaient vécu dans un état chronique de dysphorie avant de manifester ouvertement leurs tendances à l'autodestruction. Cet état dysphorique remontait souvent à la première adolescence et ses caractéristiques cliniques ressemblaient à celles de la dépression réactionnelle-névrotique. Au coeur des troubles émotifs, il semblait y avoir un conflit d'identité culturelle. Certains sujets avaient évoqué l'absence de buts et de direction dans la vie. Comme elles ne pouvaient se laisser orienter et guider par des valeurs dans des domaines essentiels du comportement social, les victimes éprouvaient sans doute de la difficulté à donner un sens à leur vie. Les auteurs examinent enfin le rôle de l'alcool dans les comportements autodestructeurs.

(Psychological Abstracts)

(129)

Auteur(s) :	Hodgman, Christopher H.
Titre :	Recent findings in adolescent depression and suicide.
Source :	Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, vol. 6(3) : 162 à 170, juin 1985.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

Un examen des découvertes récentes concernant le phénomène de la dépression et du suicide chez les adolescents nous indique que, bien que l'évaluation et le traitement de

la dépression aient beaucoup progressé, la prévention et le traitement du suicide n'ont pas fait le même pas en avant. Le domaine de la méthodologie scientifique a fait de grands progrès, notamment dans le cas de la dépression, mais l'importance relative des apports respectifs de la biologie et de la psychologie en évaluation et en traitement demeure peu claire et semble souvent dépendre de la formation des thérapeutes. Il nous reste largement à définir les effets d'états cliniques dépressifs associés (troubles de l'alimentation, abus de substances toxiques, etc.). Toutefois, comme la dépression elle-même, ces effets peuvent souvent être corrigés par les nouvelles méthodes biologiques et psychologiques dont on a éprouvé l'efficacité. On est en train de mettre au point des composés chimiques susceptibles d'atténuer les effets secondaires. On peut maintenant mesurer l'action des antidépresseurs en milieu plasmatique. L'auteur conclut que, dans la dépression comme dans le suicide, la volonté d'affronter le problème directement et énergiquement avec le patient et en laboratoire demeure un facteur essentiel d'une «gestion» fructueuse de cas. Les nouvelles techniques d'évaluation prometteuses vont de l'anamnèse poussée et de l'utilisation de questionnaires aux examens biologiques.

(Psychological Abstracts)

(130)

Auteur(s) :	Hodson, D.
Titre :	Native values in a non-Native world: An alienated reality leading to suicide.
Source :	renseignement non disponible, 15 p., 1986.
Forme :	manuscrit.
Niveau :	III.

Les valeurs et les croyances traditionnelles des autochtones favorisaient l'éclosion d'un fort esprit communautaire dans le passé. On vivait pour la collectivité et l'individualisme n'avait pas cours. Toutefois, le système de valeurs introduit par la société chrétienne non autochtone a amené beaucoup d'autochtones à s'interroger sur leurs croyances traditionnelles, remise en question qui a causé l'effritement des idéaux collectifs. Hodson est d'avis que les sentiments d'aliénation que cette situation a engendrés et qui ont été transmis de génération en génération provoquent l'apparition de comportements autodestructeurs.

(C.I.E.S.)

(131)

Auteur(s) :	Hodson, D.
Titre :	Religious conflict in the Native community.
Source :	Living Message, p. 22 et 23, avril 1985.
Forme :	article de revue.
Niveau :	I.

Deux écoles de pensée religieuse essaient de gagner le coeur et l'âme des populations autochtones en proie à l'indécision. Les jeunes en sont les plus fréquentes victimes. S'ils adoptent le mode de vie des chrétiens, on les punit pour avoir oublié le passé. S'ils choisissent la tradition, le monde des Blancs les ostracise.

(C.I.E.S.)

(132) Auteur(s) : Hodson, D.

Titre : The Native belief system: Explaining suicide.

Source : Proceedings of the King's College Conference, London (Ontario), Canada, p. 185 à 192, 1986.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

L'auteur se reporte au système de valeurs des autochtones pour expliquer le phénomène du suicide chez les Amérindiens (Amérique du Nord). Il s'attache à des facteurs comme ceux de l'anomie, des différences culturelles, des valeurs traditionnelles et de l'isolement social.

(133) Auteur(s) : Hodson, David.

Titre : Lay therapists: A new approach to Native suicide.

Source : The 18th Annual Conference of the American Association of suicidology, Toronto (Ontario), Canada, (avril) 1985.

Forme : manuscrit.

Adresse : Hodson, directeur, Programme de santé mentale des autochtones, C.P. 45, Fort Frances (Ontario), Canada,, P9A 3M5.

Niveau : III.

En réaction au taux de suicide alarmant de 65,9 décès pour 100 000 habitants dans la population ojibway des régions de Rainy Lake et de Kenora dans le Nord de l'Ontario, on a mis en place un nouveau programme d'hygiène mentale faisant appel à des auxiliaires autochtones. Ce document décrit et évalue le Programme de santé mentale des autochtones, les réactions de la population et l'efficacité des services assurés. On s'est servi d'une batterie d'écheiles d'appréciation courantes et «dérivées», dont le «questionnaire sur la satisfaction de la clientèle», l'«échelle psychiatrique abrégée» et la «liste 90 de vérification des symptômes» pour établir la satisfaction des clients et les résultats du traitement. On aura peut-être besoin d'affiner encore plus certains des procédés d'évaluation pour la population visée, mais on a jugé que le programme en place était fructueux et que le gouvernement devait continuer à l'appuyer et à le développer.

(134) Auteur(s) : Hoffmaster, C.B.

Titre : Symposium: Suicide: Philosophical, legal, theological and medical issues.

Source : Revue canadienne de psychiatrie, 31(2) : 89 et 90, mars 1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : II.

Ce document présente des arguments faisant du suicide un acte rationnel ou irrationnel et illustre la valeur de ces arguments en racontant l'histoire d'une jeune femme qui a attenté à ses jours à plusieurs reprises. Hoffmaster et Swart parviennent à la conclusion que le conflit entre la perspective clinique et les points de vue théologique, moral et juridique sur le suicide présente un caractère fondamental et est largement responsable de la controverse persistante dont cette question est l'objet. Il conseille aux médecins de se soucier du climat social où ils sont appelés à exercer leur activité.

(C.I.E.S.)

(135) Auteur(s) : Hogarty, S.S., et Rodaitis, C.M.

Titre : A suicide precautions policy for the general hospital.

Source : Journal of Nursing Administration, 17(10) : 36 à 42, octobre 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Hogarty, Hôpital Shadyside, Pittsburgh, Pennsylvanie, États-Unis.

Niveau : III.

Les administrateurs en soins infirmiers ne peuvent fermer les yeux sur la nécessité de prendre certaines précautions en établissement hospitalier non spécialisé à des fins de prévention du suicide. L'incidence du suicide aura beau être faible, le nombre de patients «exposés» demeure élevé. La responsabilité devant la loi de l'établissement qui manque à ce devoir de soins raisonnables peut être considérable. Les auteurs proposent une politique type de précautions en matière de suicide adaptée à l'établissement hospitalier non hospitalisé et exposent comment cette politique peut être appliquée.

(Medline)

(136) Auteur(s) : Holigner, P.C., Offer, D., et Zola, M.A.

Titre : A prediction model of suicide among youth.

Source : Journal of Nervous and Mental Disorders, 176(5) : 275 à 279, mai 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : Holigner, Service de psychiatrie, Centre médical Rush-Presbyterian St. Luke, Chicago, Illinois, États-Unis 60612.

Niveau : III.

On a étudié les liens épidémiologiques entre les taux de suicide chez les adolescents (âgés de 15 à 24 ans) et les mouvements démographiques dans ce groupe d'âge. Les taux ont triplé de 1956 à 1977 pour ensuite plafonner. Aux variations (augmentations ou diminutions) de ces taux correspondent des variations de même nature de la proportion des adolescents dans la population américaine. On a constaté l'existence de tendances opposées dans les groupes plus âgés. On s'est servi de données de prévision de l'évolution démographique pour établir quelles seraient les tendances des taux de suicide chez les adolescents d'ici l'an 2000. On prévoit ainsi que l'évolution actuelle en baisse des taux se poursuivra jusqu'au milieu des années 1990. Les données récentes indiquant un fléchissement des taux tendraient à confirmer le bien-fondé de l'hypothèse du modèle démographique. Tout semble montrer la valeur explicative et prévisionnelle des variables démographiques dans la compréhension des caractéristiques épidémiologiques du phénomène du suicide. On peut dégager des stratégies d'intervention et de prévention de ce modèle avec diverses conséquences sur le plan des facteurs sociaux, de la santé publique et de la recherche. On doit toutefois employer les résultats avec une certaine prudence à cause des problèmes méthodologiques liés à l'emploi des données nationales sur la mortalité, de la possibilité que d'autres variables expliquent les liens observés et du laps de temps à prévoir pour l'essai de ce modèle d'épidémiologie prospective.

(Medline)

(137)

Auteur(s) :	Hornblow, Andrew R.
Titre :	The evolution and effectiveness of telephone counseling services.
Source :	Hospital and Community Psychiatry, vol. 37(7) : 731 à 733, juillet 1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Hornblow, Université Otago, École de médecine de Christchurch, Nouvelle-Zélande.
Niveau :	II.

En dépit des progrès considérables des services de consultation téléphonique depuis 30 ans et de la confiance répandue dans leur valeur préventive et thérapeutique, on dispose de peu de données empiriques sur leur efficacité, en partie à cause des difficultés d'ordre méthodologique et pratique liées aux recherches sur le terrain. L'examen des études réalisées indique que les conseillers de services téléphoniques peuvent jouer un rôle utile en écoute, en communication d'informations et en aiguillage. On n'a pas toutefois la preuve que la consultation téléphonique puisse changer le comportement des gens qui appellent ou réduire les taux de suicide. Des études récentes font voir que la consultation téléphonique «à contrat» peut présenter d'immenses vertus thérapeutiques sur le plan de l'observation et du soutien de patients souffrant de problèmes persistants ou d'une incapacité chronique.

(Résumé de revue)

(138)

Auteur(s) : Humphrey, John A., et Kupferer, Harriet J.

Titre : Homicide and suicide among the Cherokee and Lumbee Indians of North Carolina.

Source : International Journal of Social Psychiatry, vol. 28(2) : 121 à 128, été 1982.

Forme : article de revue.

Adresse : Humphrey, Université de Caroline du Nord, Greensboro, Caroline du Nord, États-Unis 27414.

Niveau : III.

Les nations cherokee et lumbee, les deux principales populations amérindiennes de la Caroline du Nord, ont présenté des tendances semblables en matière d'homicide et de suicide. Dans les deux populations, le taux d'homicide est supérieur au taux de suicide. Et pourtant, en 1972-1973, le taux d'homicide chez les Lumbees dépassait de beaucoup celui des Cherokees, mais le taux de suicide de ces derniers l'emportait sur celui des Lumbees. En 1974-1976, les taux de mort violente chez les Cherokees ont été très élevés et le taux de suicide a augmenté plus rapidement que le taux d'homicide. Pendant la même période, le taux d'homicide diminuait chez les Lumbees, alors que le taux de suicide évoluait en hausse. Les tendances de la violence chez ces derniers indiquent une légère érosion des caractéristiques culturelles qui prédisposent à l'adoption d'un comportement agressif et à l'apparition concomitante d'une tendance aux gestes autodestructeurs. Chez les Cherokees, la montée du suicide reflète l'éthique d'harmonie d'une partie de la tribu, mais la forte augmentation du nombre d'homicides s'explique sans doute par l'effritement de l'éthique traditionnelle de non-violence chez ces Amérindiens dans l'ensemble.

(Résumé de revue)

(139)

Auteur(s) : Hunt, Claire.

Titre : Step by step: How your schools can live through the tragedy of teen suicides.

Source : American School Board Journal, 174(2) : 34 à 37, février 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : II.

Devant la montée du phénomène du suicide et de la tentative de suicide chez les adolescents, le réseau scolaire du Michigan a élaboré un plan complet de réaction aux situations de crise qui incite à une plus grande communication entre élèves, parents et personnel scolaire et prévoit une intervention immédiate de spécialistes et des mesures complémentaires destinées à stabiliser le milieu scolaire.

(ERIC)

(140) Auteur(s) : Imboden, Clinton U.

Titre : Crisis in intervention and the computer: An interface.

Source : Crisis Intervention, vol. 13(2) : 61 à 66, 1984.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document parle d'analyse de données, d'aiguillage, de recherche d'information et de formation informatique en ce qui concerne les activités d'intervention d'urgence et de prévention du suicide dans des centres appelés à apporter une aide spécialisée immédiate. L'auteur indique que l'ordinateur peut contribuer à l'optimisation et à l'uniformisation de l'information communiquée.

(Psychological Abstracts)

(141) Auteur(s) : Indian Affairs, Bureau of

Titre : American Indians today: Answers to your questions.

Source : Bureau of Indian Affairs (Département de l'Intérieur), Washington, 1986.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Bureau of Indian Affairs, Département de l'Intérieur, Washington, D.C., États-Unis.

Niveau : I.

Ce livret de renseignements répond brièvement à la part des questions au sujet des Amérindiens que posent couramment les élèves, les gens qui croient avoir des ancêtres amérindiens ou qui veulent visiter une réserve ou y travailler comme bénévoles, ou encore qui désirent s'enquérir des politiques actuelles visant les populations indiennes. Les divers chapitres du document exposent la politique du président Reagan concernant les Amérindiens, les fonds fédéraux actuellement destinés aux affaires indiennes, les statistiques sur les 1 418 195 Amérindiens, Esquimaux et Aléoutes de quelque 504 tribus reconnues par les autorités fédérales et qui occupent environ 300 réserves fédérales et 53 millions d'acres de terres publiques. Ils s'attachent également aux programmes et aux responsabilités du Bureau des affaires indiennes et présentent de l'information démographique sur les taux de natalité, les taux de mortalité infantile, l'espérance de vie, les causes de décès et les taux de suicide. Un chapitre indique par «questions et réponses» ce qu'est un Amérindien, ce qu'est une tribu, comment les Indiens deviennent membres de la tribu, ce qu'on entend par réserve indienne, le nombre de langues amérindiennes, le service militaire chez les Indiens, les liens avec le gouvernement fédéral, les droits de citoyenneté et de vote, les droits et devoirs devant la loi, les relations créées par les traités et les administrations tribales. Au nombre des autrse sources d'information présentées, on compte une bibliographie sommaire de 61 documents, 5 sources de photographies de la vie amérindienne, la liste des services régionaux du Bureau des affaires indiennes et une liste de 14 organismes amérindiens nationaux.

(ERIC)

(142) Auteur(s) : Services de santé des Indiens et des Inuit, Canada.

Titre : Suicides — Yukon and Northwest Territories.

Source : Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, 17 p., 1965.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa (Ontario), Canada.

Niveau : I.

Les artisans de cette étude ont exploité les dossiers de la GRC sur les morts par suicide de 1959 à 1964 dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon. Le document présente des données démographiques sur les suicides et les tentatives de suicide selon le lieu, la race, le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le nombre d'enfants, l'emploi et la méthode employée. Voici quelques-unes des principales constatations : taux de 37,6 pour 100 000 habitants chez les Indiens du Yukon et de 18,8 % chez les Esquimaux des Territoires du Nord-Ouest; proportion de 61 % des suicides dans les groupes d'âge 30-59 ans; concentration des suicides (pourcentage de 97 %, soit 30 suicides sur 31) chez les hommes.

(C.I.E.S.)

(143) Auteur(s) : Indian Record.

Titre : I have been to hell and back.

Source : Indian Record, vol. 46(2) : 12 et 13, printemps 1983.

Forme : article de revue.

Niveau : I.

Ce document raconte une expérience de consultation de deuil après un suicide.

(144) Auteur(s) : Inman, David J., Bascue, Loy O, Kahn, Wallace J., et Shaw, Peggy Ann.

Titre : The relationship between suicide knowledge and suicide interviewing skill.

Source : Death Education, vol. 8(2-3) : 179 à 184, 1984.

Forme : article de revue.

Adresse : Inman, Centre médical de la Veterans Administration, Coatsville, Pennsylvanie, États-Unis.

Niveau : III.

Une enquête menée auprès de 89 élèves en sciences ou techniques infirmières s'est attachée aux liens entre la connaissance des facteurs de létalité du suicide et la capacité de réagir d'une manière appropriée à la situation du suicidaire. Le manque apparent de

liens entre ces deux facteurs nous indique qu'il s'agit de variables indépendantes auxquelles devraient peut-être être affectées des ressources importantes en prévention du suicide. Les auteurs recommandent que les programmes de formation s'occupent de ces deux aspects dans leurs activités visant les intervenants en prévention.

(Résumé de revue)

(145)

Auteur(s) :	Jacobs, Douglas, et Mack, John E.
Titre :	Case reporting of psychiatric intervention by mail: A way of responding to a suicidal crisis.
Source :	American Journal of Psychiatry, vol. 143(1) : 92 et 93, janvier 1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Jacobs, Professional Psychiatric Associates and Consultants, Newtonville, Massachusetts, États-Unis.
Niveau :	II.

Il s'agit d'une étude de cas où les auteurs ont reçu une lettre d'une jeune femme de 22 ans en crise suicidaire. Ils ont répondu par écrit à l'intéressée et à son mari et se sont adressés au centre local d'hygiène mentale. Les auteurs indiquent que cette prise de contact un peu inhabituelle, mais qui s'est faite dans l'anonymat et avec un sentiment de sympathie, a permis à une femme suicidaire de bénéficier de services de consultation.

(Psychological Abstracts)

(146)

Auteur(s) :	Jacoby, Bruce, et Storm, Doris.
Titre :	Preventing teen suicide filmstrip: You can help.
Source :	Sunburst Communications, 1980.
Forme :	film fixe (3) et cassette (3).
Adresse :	Sunburst Communications, Pleasantville, New York, États-Unis.
Niveau :	I.

Ce document présente un cas de suicide d'adolescent et en analyse les causes, les signes précurseurs et les moyens de prévention. Le film se divise en trois parties ayant pour titre : (1) Le chemin qui va nulle part, (2) Derrière le sourire et (3) Une base solide pour vivre.

(C.I.E.S.)

(147)

Auteur(s) :	Jarvis, G.K.
Titre :	Décès chez les Indiens de l'Alberta.
Source :	Maladies chroniques au Canada, vol. 2(1) : 4 et 5, juin 1981.
Forme :	article de revue.

Niveau : II.

Ce très bref aperçu donne les résultats d'une étude prospective ayant porté sur tous les décès qui se sont produits chez les Amérindiens de 35 réserves et colonies de l'Alberta sur une période d'un an. Il s'agissait de mort par suicide, homicide ou accident dans une proportion d'un peu plus de 46 %.

(C.I.E.S.)

(148) Auteur(s) : Jarvis, G.K.

Titre : Patterns in Canadian suicide mortality.

Source : Maladies chroniques au Canada, vol. 1(4) : 37 à 40, mars 1981.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Le nombre de décès par suicide est passé de moins de 0,5 % de l'ensemble des décès en 1921 à 2,1 % en 1978 et, pendant la même période, le taux de suicide grimpait de 5,7 à 14,8 pour 100 000 habitants. Cet article présente des comparaisons internationales et s'attache aux variations provinciales, à l'âge, au sexe, à la race et à l'état matrimonial. Les tableaux 1 à 4 schématisent les données obtenues. (Le document cite 13 références.)

(C.I.E.S.)

(149) Auteur(s) : Jarvis, G.K.

Titre : The probability of suicide: Identification of Canadian population segments at high risk.

Source : Université de l'Alberta, Edmonton (document de travail n° 20), 18 p., 1980.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada.

Niveau : I.

Ce document passe en revue les statistiques du suicide du gouvernement du Canada pour la période 1931-1976. En proportion de l'ensemble des décès, le nombre de suicides a triplé au Canada pendant ces années. On note une corrélation positive entre les variations interprovinciales des taux de suicide et le revenu médian des hommes et des femmes. L'augmentation des taux de suicide chez les femmes embrasse tout l'éventail des âges, tandis que les hausses observées chez les hommes se concentrent chez les hommes plus jeunes. Les personnes mariées sont moins «exposées» que les célibataires, les veufs ou les divorcés. Les taux sont plus élevés et les victimes plus jeunes chez les autochtones.

(C.I.E.S.)

(150) Auteur(s) : Jarvis, George K., et Boldt, Menno.

Titre : Death styles among Canada's Indians.

Source : Social Science and Medicine, vol. 16 : 1345 à 1352, 1982.

Forme : article de revue.

Adresse : Jarvis, Département de sociologie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada, T6G 2H4.

Niveau : III.

Le document examine les données d'une étude prospective de la mortalité autochtone dans 35 réserves et colonies de l'Alberta. Chez les Amérindiens, la mort se produit à un plus jeune âge et l'événement est souvent multiple et a lieu en milieu non hospitalier en présence d'autres personnes. Il s'agit dans presque la moitié des cas d'une mort par accident, suicide ou homicide. Certains décès sont causés par les intempéries et l'isolement physique ou par la négligence humaine, mais la majorité sont liés à une forte consommation d'alcool.

(Résumé de revue)

(151) Auteur(s) : Jenson, Amy Hillyard.

Titre : «Is there anything I can do to help»: Suggestions for the friends and relatives of the grieving survivor.

Source : Medic Publishing Co., 1985.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Medic Publishing Co., C.P. 89, Redmond, Washington, États-Unis 98052.

Niveau : I.

Ce guide offre des suggestions sur le genre d'attitude, de gestes et de tutelle susceptibles d'être utiles aux «survivants» portant le deuil d'un proche.

(152) Auteur(s) : Johnson, S.W.

Titre : Suicide and the schools.

Source : 301 p., 1987; cote HV 6546 J64 1987.

Forme : livre.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : II.

Les auteurs se sont inspirés de leur expérience en consultation, en recherche, en formation et en «gestion» de cas de suicide pour élaborer ce guide. Ils sont vivement conscients du rôle que joue l'école dans les expériences de suicide. Si elle est prête et veut vraiment faire quelque chose, l'école offre une aide que nul autre intervenant ne

peut apporter, que ce soit à la maison ou en milieu thérapeutique spécialisé. Le guide s'applique à la situation d'enfants plus jeunes.

(CIES)

(153)

Auteur(s) :	Johnson, Wanda Y.
Titre :	Classroom discussion of suicide: An intervention tool for the teacher.
Source :	Contemporary Education, vol. 56(2) : 114 à 117, hiver 1985.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Les enseignants peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide chez les adolescents en encourageant les discussions en classe sur la dépression et les comportements autodestructeurs. L'auteur examine l'efficacité des programmes de prévention du suicide et énumère les mythes et les signes qui entourent l'acte de suicide imminent.

(ERIC)

(154)

Auteur(s) :	Jorstad, J.
Titre :	Some experience in psychotherapy with suicidal patients.
Source :	Acta Psychiatrica Scandinavica [Supplément], vol. 336 : 76 à 81, 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Jorstad, Service de psychiatrie B, Hôpital Ullev.ANG.al, Oslo, Norvège.
Niveau :	III.

Les modifications de relations et d'estime de soi sont d'une grande importance. Le thérapeute doit être plus direct, personnel et interrogateur que pour d'autres catégories de patients, surtout en ce qui concerne les fantaisies et les gestes de suicide, c'est-à-dire les plans et les méthodes. L'auteur fait ressortir l'intérêt d'une constatation des réactions négatives de contretransfert chez le thérapeute et indique comment ces réactions peuvent être maîtrisées et employées d'une manière constructive en vue de comprendre les sentiments agressifs plus subconscients du patient qui sont ainsi projetés sur le thérapeute. L'équilibre est souvent fragile entre la confiance, l'accord réaliste, la disponibilité du thérapeute à l'égard des patients en clinique externe et les limites à fixer pour l'entrée en service des urgences. Il est toujours important dans les consultations de patients hospitalisés de poser des questions et de communiquer ouvertement au sujet des intentions et des risques de suicide. On ne devrait pas taire les choses ou rester vague dans les réunions de salle ou en séance de groupe. Le thérapeute doit être ouvert et direct et dire aux patients qu'il ne voit dans le suicide qu'un geste irréfléchi qui détruit totalement et définitivement tout ce qui est intérêts et buts du patient. Il est en outre essentiel d'agir constamment sur les réactions de contretransfert du personnel, sur les manifestations aussi

bien d'anxiété que de haine. Après un acte de suicide réussi, il importe de s'occuper des autres patients, du personnel et de la famille.

(Medline)

(155)

Auteur(s) :	Kahn, Marvin W.
Titre :	Psychosocial disorders of Aboriginal People of the United States and Australia.
Source :	Journal of Rural Community Psychology, vol. 7(1) : 45 à 59, été 1986.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

Ce document compare l'ampleur des troubles psychosociaux chez les Amérindiens, les Esquimaux et les aborigènes de l'Australie. Il établit un lien entre l'importance de perturbations comme l'abus de l'alcool, la dépression, le suicide, l'instabilité familiale, la délinquance et la mort accidentelle, d'une part, et l'expérience de la domination occidentale au sein des cultures traditionnelles, d'autre part. Il passe enfin en revue les principales explications psychosociales des excès d'alcool chez les autochtones.

(ERIC)

(156)

Auteur(s) :	Klagsbrun, Francine.
Titre :	Too young to die.
Source :	Simon & Schuster Inc., 1985; ISBN 0-671-60405-8.
Forme :	livre.
Adresse :	Houghton, Mufflin Company, 2, rue Park, Boston, Massachusetts, États-Unis 02107.
Niveau :	I.

Le taux de suicide a doublé depuis 20 ans chez les jeunes âgés de 15 à 25 ans. Tous les ans, plus de 5 000 adolescents et jeunes adultes s'enlèvent la vie et 500 000 autres tentent de se suicider. Le suicide peut être prévenu. A l'aide de recherches, d'enquêtes et d'interviews poussées, l'auteur raconte l'histoire d'adolescents qui se sont suicidés ou ont tenté de le faire afin d'aider le lecteur à comprendre le phénomène et à en reconnaître les signes avant-coureurs et d'indiquer comment amis et membres de la famille peuvent contribuer à la prévention du suicide. Il examine les causes du suicide dans l'adolescence, les mythes et les attitudes qui règnent dans la population concernant le suicide et les stratégies possibles de prévention et d'intervention. Il donne en annexe le nom et l'adresse des services-secours téléphoniques et des centres de prévention du suicide aux États-Unis.

(157)

Auteur(s) :	Kliewer, E.V., et Ward, R.H.
Titre :	Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country.

Source : American Journal of Epidemiology, vol. 127(3) : 640 à 653, mars 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : Kliewer, Département de génétique médicale, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada.

Niveau : III.

On a étudié les facteurs qui ont influé sur les taux de suicide dans 25 groupes d'immigrés au Canada de 1969 à 1973. On a calculé des rapports standardisés de mortalité (RSM) pour chaque groupe en se reportant aux taux de suicide des populations des pays d'origine. Par rapport à la situation en pays d'origine, les immigrées présentaient, contrairement à leur pendant masculin (RSM : 0,98), des taux de suicide beaucoup plus élevés (RSM : 1,11, probabilité de moins de 0,01). On a ensuite établi une autre série de rapports standardisés pour la population du pays d'origine et la population immigrée en employant comme chiffres de référence les taux relatifs à la population née au Canada. Pour la majorité des groupes d'immigrés, les rapports standardisés étaient très différents de ceux des populations correspondantes de pays d'origine. Au total, 60 % des groupes d'immigrés de sexe féminin et 41 % des groupes d'immigrés de sexe masculin présentaient des rapports plus élevés. On a observé une variation considérable des rapports de la population immigrée; une grande partie de cette variabilité était fonction des pays (r : 0,50 (p inférieure à 0,01) chez les hommes; r : 0,47 (p inférieure à 0,05) chez les femmes). A l'aide des rapports standardisés de mortalité fondés sur les taux relatifs à la population née au Canada, on s'est attaché au degré de «convergence» des taux de suicide de la population immigrée et de la population née au Canada. On a constaté dans l'ensemble une grande convergence pour les deux sexes (p inférieure à 0,02), les taux de suicide de la population immigrée «couvrant» 40 % de l'écart initial entre les rapports des pays d'origine et ceux de la population née au Canada.

(Medline)

(158) Auteur(s) : Kost-Grant, Brian L.

Titre : Self-inflicted gunshot wounds among Alaska Natives.

Source : Public Health Reports, vol. 98(1) : 72 à 78, janvier-février 1983.

Forme : article de revue.

Adresse : Kost-Grant, 4119, rue Madison est, Seattle, État de Washington, États-Unis 98112.

Niveau : III.

Le phénomène de la mort violente (accident, homicide et suicide) a pris beaucoup d'ampleur chez les autochtones de l'Alaska, qui présentent un taux de suicide triple de celui de la population américaine en général. L'automutilation par arme à feu est intervenue dans 75 % des suicides dénombrés de 1976 à 1980 chez ces autochtones. L'étude des consultations psychiatriques dont ont été l'objet 34 autochtones ayant survécu

à un acte d'automutilation par arme à feu permet de dégager un certain nombre de caractéristiques communes. Sur les 34 suicidaires, 28 étaient des hommes et 20 avaient pris de l'alcool quand ils ont commis leur acte d'auto-agression. La plupart ont cité les conflits interpersonnels comme motivation partielle du geste et la majorité des actes étaient impulsifs (absence de préméditation). Peu avaient des antécédents psychiatriques ou paraissaient se trouver en état d'affaiblissement des facultés lors de la consultation. L'auteur de l'étude s'est attaché aux facteurs culturels et intrapsychiques qui pourraient expliquer ce taux élevé d'adoption de comportements autodestructeurs. Au nombre de ces facteurs, il y a les entraves sociales à l'expression verbale des sentiments négatifs et une augmentation des influences non autochtones avec la désorganisation sociale et les conflits culturels qu'elle peut entraîner.

(Résumé (synopsis) de revue)

(159)

Auteur(s) :	Kraus, R.F., et Buffler, P.A.
Titre :	Socialcultural stress and the American Native in Alaska: An analysis of changing patterns of psychiatric illness and alcohol abuse among Alaska Natives.
Source :	Culture, Medicine and Psychiatry, vol. 3(2) : 111 à 151, 1979.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

Ce document se sert de certaines statistiques sur la morbidité et la mortalité pour décrire la situation actuelle et les tendances qui se dessinent en matière de pathologie psychiatrique et d'alcoolisme dans les populations aléoute, athabascane, yupik, inupiat, tlingit, haida et tsimpshian de l'Alaska. L'analyse des dossiers des intervenants en soins fait voir une augmentation constante du nombre de personnes traitées pour ce genre de problèmes. Les blessures accidentelles et les comportements suicidaires sont monnaie courante. Les données semblent indiquer l'existence d'un problème de santé publique en ce qui concerne les troubles du comportement et la mort violente.

(C.I.E.S.)

(160)

Auteur(s) :	Krawll, M.B.
Titre :	Preliminary report on the post-evaluation of the National Native Suicide Prevention Program.
Source :	Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, Ottawa (Ontario), Canada, 33 p., avril 1985.
Forme :	rapport.
Niveau :	III.

Dans ce rapport, on évalue le programme national de formation en prévision du suicide chez les autochtones et on se fonde à cette fin sur les réponses aux questionnaires des participants régionaux à la fin des séances de formation de 1984. On a demandé à ceux-ci

de définir leur rôle et on a posé les mêmes questions l'année suivante. La comparaison des réponses des deux années fait voir des progrès importants dans la compréhension de ce rôle. D'autres constatations portent sur les politiques, les ressources et les directives.

(C.I.E.S.)

(161)

Auteur(s) : Krawll, M.B.

Titre : Suicide among Native Americans, Alaskan Natives, and Native Canadians: A community prevention program.

Source : Annual Meeting of the American Association of Suicidology (17th), Anchorage, Alaska, États-Unis, p. 12 et 13, mai 1984.

Forme : manuscrit (résumé).

Niveau : III

Il s'agit du résumé d'une communication présentée à la 17e réunion annuelle de l'American Association of Suicidology, qui a eu lieu du 2 au 5 mai 1984. Dans cet atelier, on a insisté sur l'importance d'une participation et d'une sensibilisation de la collectivité dans la mise en place de programmes de prévention du suicide dans des cultures qui font prévaloir l'intérêt général contre l'individualisme.

(C.I.E.S.)

(162)

Auteur(s) : Kreitman, N. (Association internationale pour la prévention du suicide).

Titre : Actes du Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise.

Source : Actes de l'Association internationale pour la prévention du suicide (10e réunion annuelle), Ottawa (Ontario), Canada, 153 p., 1979; cote HV6545.156, 1979.

Forme : livre.

Niveau : III.

Il s'agit d'un recueil de 21 documents rédigés en anglais, en français et en allemand et qui traitent de divers aspects de la suicidologie. On y parle des enquêtes sur les services-secours canadiens et les programmes de prévention internationaux, des études complémentaires (en suivi) sur les gens qui tentent de se suicider, des études nationales réalisées à Sheffield, en Angleterre, et en Irlande, du phénomène de Jonestown et de la question de la fréquence du phénomène et de la publicité médiatique.

(163)

Auteur(s) : Krugley, Richard A. (École de médecine de l'Université de New York).

Titre : Recent advances in suicidology.

Source : New Directions for Mental Health Services, n° 28, p. 35 à 45, décembre 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document décrit les facteurs démographiques qui interviennent dans le risque de suicide et présente un modèle qui relie idées de suicide, tentatives de suicide et actes de suicide réussis. Il dresse un cadre d'évaluation des comportements suicidaires qui prend en compte des facteurs d'intention comme la planification, les «gestes définitifs», la recherche d'aide et la communication ouverte, des variables de mode de vie comme les antécédents de maladie physique ou mentale, les tentatives de suicide antérieures et l'abus de l'alcool et des drogues, ainsi que des circonstances comme l'état matrimonial, la situation professionnelle, les états de stress aigu et la disponibilité de services sociaux. Il discute de méthodes de prévention, et notamment du rôle des services-secours. Il examine enfin l'intervention auprès de patients suicidaires sous l'angle de la constatation de crises réactionnelles aiguës et d'états chroniques d'autodestruction, du besoin de tenir compte de l'attitude du personnel soignant à l'égard des suicidaires et de la nécessité d'assurer un soutien à long terme au suicidaire. L'auteur présente des cas pour illustrer son propos.

(Psychological Abstracts)

(164) Auteur(s) : Kupferer, H.J., et Humphrey, J.A.

Titre : Fatal Indian violence in North Carolina.

Source : Anthropological Quarterly, vol. 48(4) : 236 à 244, 1975.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document examine le phénomène de la mort violente, et notamment la mort par suicide ou par homicide, chez les Amérindiens de Caroline du Nord.

(165) Auteur(s) : LaDue, Robin A., et coll.

Titre : Psychological survival in American Indian communities.

Source : Annual Meeting of the North Central Sociological Society (ED211292), avril 1981.

Forme : document de recherche.

Adresse : ERIC Document Reproduction Service, 3900, avenue Wheeler, Alexandria, Virginie, États-Unis 22304-5110.

Niveau : III.

Ce document indique comment concevoir et mettre en place des programmes de santé novateurs sur le plan tant individuel que collectif et, à l'aide de sources empiriques et

«anecdotiques», examine à cette fin certains des mécanismes psychologiques possibles que les populations amérindiennes ont pu employer pour endurer les politiques fédérales et les attitudes sociales manifestes et cachées de destruction du corps social et d'assimilation. Bien que l'on ait beaucoup écrit sur les mécanismes d'«adéquation» destructeurs que représentent l'alcoolisme, le suicide et la violence, on n'a pas su évaluer et employer comme mode de traitement les aspects positifs de la vie amérindienne (recours à l'intervention du sorcier, aux rituels spirituels et aux cérémonies et participation à des manifestations collectives) avec la valeur qu'ils peuvent avoir comme instrument de survie. Les auteurs examinent comment le contexte théorique des problèmes, le système de croyances et de valeurs du patient et les caractéristiques du comportement peuvent influer sur la thérapie et passent en revue les techniques thérapeutiques spécifiques (thérapie de choc et thérapie non directive issues des théories de Freud et de Maslow) susceptibles de mieux faire comprendre les problèmes sous-jacents, de faire naître un nouveau pacte de survie et de susciter la création de programmes d'évaluation de besoins et de programmes d'éducation axés sur les besoins sanitaires et sociaux en général.

(Psychological Abstracts)

(166)

Auteur(s) :	LaFramboise, T.D., et Bigfoot, D.S.
Titre :	Cultural and cognitive considerations in the prevention of American Indian adolescent suicide.
Source :	Journal on Adolescence, 11(2) : 139 à 153, juin 1988.
Forme :	article de revue.
Adresse :	LaFramboise, École pédagogique, Université Stanford, Stanford, Californie, États-Unis 94305.
Niveau :	III.

Les auteurs décrivent les facteurs culturels du processus d'«adéquation» chez les adolescents amérindiens dans un cadre intellectuel-phénoménologique transactionnel. Ils examinent certaines valeurs et croyances culturelles amérindiennes liées à la mort du point de vue des variables personnelles et des caractéristiques des demandes situationnelles qui entrent en interaction dans la démarche transactionnelle. Ils présentent ensuite trois caractéristiques de demande situationnelle (ambiguïté de l'identité, fréquence des pertes et «pénétration» des malheurs) pour illustrer les effets réciproques des accidents du milieu et des efforts individuels et collectifs d'adéquation chez les Amérindiens. Le document fait ressortir l'interdépendance dynamique des variables de la personne et des variables du milieu et y voit un facteur essentiel à prendre en compte dans la conception d'interventions en prévention du suicide. Il s'attache aux efforts actuels d'intervention auprès des adolescents amérindiens qui attentent à leurs jours et décrit une démarche comportementale-intellectuelle à l'échelle de l'école fondée sur le modèle transactionnel de réaction d'adéquation au suicide. Les auteurs recommandent enfin que les activités actuelles de restructuration mentale, d'apprentissage des aptitudes sociales et de formation en consultation des pairs fassent l'objet d'une adaptation culturelle et d'une intégration aux volets utiles des programmes d'études en vue d'une amélioration des mécanismes d'adéquation et de prévention du suicide.

(Medline)

(167) Auteur(s) : Lancet, The.

Titre : Suicide prevention: An attempt to stop the inevitable?

Source : The Lancet (éditorial), p. 1447 et 1448, 30 juin 1984.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

On observe une augmentation des taux de suicide surtout chez les jeunes de 15 à 19 ans en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Le phénomène du suicide paraît lié soit à des troubles affectifs soit à l'alcoolisme. Les actes de suicide devraient pouvoir être prévenus, car la plupart des gens communiquent leur intention de se suicider. Les efforts d'organismes de prévention du suicide comme les Bons Samaritains semblent produire un effet quelconque sur les taux de suicide, mais il ne semble y avoir aucune stratégie de prévention susceptible d'avoir une incidence globale sur ces taux.

(168) Auteur(s) : Leder, Jane Mersky.

Titre : Dead serious: A book for teenage suicide.

Source : Atheneum, New York, 1987.

Forme : livre.

Adresse : Atheneum, New York, État de New York, États-Unis.

Niveau : I.

Ce document examine le problème du suicide chez les adolescents, ses effets sur les amis et les membres de la famille, les signes précurseurs, les manières d'y faire face et les moyens de venir en aide à un ami qui songe à se suicider. L'auteur présente des cas, des entrevues avec des adolescents qui ont tenté de se suicider et une liste d'endroits où demander de l'aide.

(C.I.E.S.)

(169) Auteur(s) : Leenaars, A.A., et coll.

Titre : Facts and myths of suicide in Canada.

Source : 19 p., 1987.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : III.

Cet article décrit trois études qui ont porté sur le degré de connaissance du suicide chez les Canadiens selon l'opinion que ceux-ci peuvent avoir au sujet de certains faits et de certains mythes qui entourent le phénomène du suicide. Il expose les méthodes de

recherche propres à chacune de ces études. Il décrit le questionnaire conçu à l'aide de la liste de mythes et de faits cliniques «omniprésents» élaborée par Shneidman.

(C.I.E.S.)

(170)

Auteur(s) : Leenaars, A.A., et Wenchstern, S.

Titre : Suicide postvention in a school system.

Source : Annual Meeting of the American Association of Suicidology, (19e réunion annuelle à Atlanta), p. 237 à 239, 1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada T3C 0J7.

Niveau : III.

Le conseil scolaire de Windsor a créé un programme complet de prévention du suicide en réaction à la montée du phénomène du suicide chez les adolescents et les enfants. Ce programme se propose notamment d'organiser des ateliers de prévention approfondis à l'intention des enseignants, des parents, des élèves et des organismes communautaires pour les aider à juger de l'ampleur des problèmes qui se posent et les renseigner sur les indices, les causes probables et les services de prévention. Les auteurs présentent en guise d'illustration un cas de suicide avec présentation chronologique des faits.

(C.I.E.S.)

(171)

Auteur(s) : Leighton, Alexander H., et Hughes, Charles C.

Titre : Notes on Eskimo patterns of suicide.

Source : Southwestern Journal of Anthropology, vol. II : 327 à 338, 1955.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Le suicide se produit généralement chez les Esquimaux d'une manière non ritualisée avec l'encouragement et la participation passive et parfois active d'autres personnes. Le motif habituel est la maladie, la souffrance ou le sentiment d'inutilité. Au cours du dernier siècle, les Esquimaux Yuit (sibériens) de l'île St. Lawrence ont pratiqué une forme ritualisée de suicide où la famille participait et peut-être même aidait à l'accomplissement de l'acte. La décision de se suicider était individuelle et volontaire et était souvent provoquée par le sentiment d'inutilité que pouvait éprouver un suicidaire à cause de la maladie ou de l'invalidité. On savait aussi que les Esquimaux de l'île St. Lawrence voyaient parfois le suicide comme un sacrifice permettant d'épargner la maladie aux membres masculins de la famille. C'est ce que Durkheim appelle la motivation «altruiste» du suicide. Une analyse fonctionnelle reposant sur un cadre fourni par Merton examine les fonctions et les éléments de dysfonctionnement manifestes et latents de ces suicides sur le plan de

l'individu, de la famille et de la collectivité. D'un point de vue fonctionnel, le suicide peut servir à accroître le prestige d'une personne et à réduire le fardeau que portent la famille et la communauté. Il y a dysfonctionnement, par exemple, quand une personne encore dans la fleur de l'âge commet un suicide sacrificiel. Les auteurs indiquent en conclusion que le suicide Yuit peut être une façon d'éviter les problèmes, et non pas de les résoudre.

(172)

Auteur(s) :	Lennox, Carolyn.
Titre :	Guidelines for high school suicide prevention programs.
Source :	35 p., 1987.
Forme :	livret de renseignements.
Adresse :	Lennox, Université East Texas State, Commence, Texas, États-Unis 75428.
Niveau :	II.

Ce document présente pour les programmes de prévention du suicide à l'école secondaire un ensemble de consignes élaboré en 1986 par un groupe d'étude formé de 71 spécialistes de tout le pays qui connaissaient les questions de prévention du suicide et de mise en place de programmes de prévention au niveau secondaire. Les recommandations faites sont tirées des réponses à trois questionnaires postaux qui ont permis de s'enquérir des vues de ces spécialistes. Les consignes formulées visent à faciliter la création de programmes de prévention ou l'évaluation de programmes en place. A des recommandations générales succèdent des recommandations d'éléments de programme précis de sensibilisation au phénomène du suicide pour les élèves, les parents, les enseignants et les conseillers. L'auteur donne des renseignements supplémentaires aux parents. Il expose un programme de gestion du stress et d'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne, ainsi que d'autres programmes et procédures à l'intention des élèves. Il parle des politiques et des procédures scolaires permettant de s'occuper d'élèves suicidaires et de bien réagir à un acte de suicide. Il décrit enfin les compétences nécessaires à la réalisation d'un programme de sensibilisation des élèves. Le document présente la liste des membres du groupe d'étude.

(173)

Auteur(s) :	Lester, David.
Titre :	Suicide and homicide rates: Their relationship to latitude and longitude and to the weather.
Source :	Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(3) : 356 à 359, automne 1986.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Ce document examine la variation des taux de suicide et d'homicide dans les principales régions métropolitaines «normalisées» (d'un point de vue statistique) des États-Unis et

essaie d'établir si les différences régionales de température et de précipitations pourraient expliquer en partie les écarts. Après prise en compte des effets de la latitude et de la longitude, on n'a retenu que la corrélation entre précipitations et taux d'homicide.

(ERIC)

(174)

Auteur(s) : Lester, David.

Titre : Suicide, homicide and the quality of life: An archival study.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(3) : 389 à 392, automne 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Une étude portant sur les phénomènes du suicide et de l'homicide dans les divers États américains en 1940 indique que les taux de suicide étaient plus élevés et les taux d'homicide moins élevés dans les États où la qualité de vie était meilleure. Ces constatations viennent corroborer une hypothèse tirée de la théorie du suicide et de l'homicide de Henry et Short (1954).

(ERIC)

(175)

Auteur(s) : Lester, G., et Lester, D.

Titre : Suicide: The gamble with death.

Source : Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1971.

Forme : livre.

Niveau : II.

Dans un chapitre de ce livre, L. H. Dizmang décrit les «causes contribuantes» du suicide chez les adolescents de la nation cheyenne du Nord : perte de l'estime de soi et disparition des façons anciennes de faire face à l'agression. Ces aspects paraissent inhérents à la vie dans les réserves où l'évasion et la fuite empruntent les voies de l'alcool, du suicide, de la dépression, de l'homicide ou des accidents. La loyauté envers la tribu et l'absence de systèmes de soutien dans la culture blanche rendent les transitions très difficiles. La bonne solution de rechange serait peut-être l'amélioration de la culture de la population des réserves et des points forts qui la caractérisent.

(176)

Auteur(s) : Levy, J.E., et Kunitz, S.J.

Titre : A suicide prevention program for Hopi youth.

Source : Social Science and Medicine, 25(8) : 931 à 940, 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : III.

Après une étude du phénomène du suicide chez les Hopis qui a duré 30 ans, les auteurs sont parvenus à la conclusion que certains éléments causaux ne pourraient être acceptés par ces Amérindiens dans l'élaboration d'un programme de prévention du suicide. Les notions de jeunesse «perturbée» et de lien entre le suicide et l'acculturation ou la tradition posent un problème. Un programme réussi ne devrait pas être lié à l'administration tribale ni au gouvernement fédéral, et devrait attirer des gens qui ne sont pas actuellement «exposés».

(C.I.E.S.)

(177) Auteur(s) : Levy, J.E., et Kunitz, S.J.

Titre : Indian reservations, anomie, and social pathologies.

Source : Southwestern Journal of Anthropology, vol. 27(2) : 97 à 128, 1971.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document examine deux notions courantes relatives aux causes de la prévalence de la pathologie sociale (homicide, suicide et alcoolisme) chez les Navajos et les Hopis. Tout semble indiquer qu'il est largement possible d'expliquer la prévalence et les tendances de ces comportements par la présence d'éléments persistants de la culture aborigène plutôt que par une réaction à l'acculturation ou au caractère extrêmement désagréable de la vie dans la plupart des réserves indiennes.

(C.I.E.S.)

(178) Auteur(s) : Levy, J.D., Kunitz, S.J., et Everett, M.

Titre : Navajo criminal homicide.

Source : Southwestern Journal of Anthropology, vol. 25 : 124 à 152, 1969.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document s'attache à l'abus de l'alcool, au comportement criminel, à l'homicide et au suicide chez les Navajos.

(179) Auteur(s) : Levy, Jerrold E.

Titre : Navajo suicide.

Source : Human Organization, vol. 24(4) : 308 à 318, hiver 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

L'incidence des suicides navajos signalés dans les réserves et les localités voisines de 1954 à 1963 marque une progression et un déplacement vers les groupes d'âge plus jeunes par rapport à la situation antérieure à 1945 où le suicide était un phénomène rare. Les hommes ont 13,4 fois plus de chances de s'enlever la vie que les femmes. Ils sont habituellement âgés de 25 à 39 ans et mariés et choisissent l'arme à feu ou la corde comme moyen de suicide. Les motifs semblent tenir à la désagrégation sociale et à l'anomie des Navajos, les aspects matrilinéaires et matrilocaux de la vie traditionnelle créant du stress chez les jeunes hommes essayant de s'adapter à une économie fondée sur l'argent. Les problèmes matrimoniaux, les conflits intrafamiliaux et, plus récemment, l'abus de l'alcool qui en résultent sont autant de facteurs qui peuvent intervenir dans le suicide navajo. Les exutoires traditionnels de l'agression masculine ont disparu et les croyances issues de la tradition font voir dans une mort non naturelle comme le suicide un moyen d'agression efficace. Les données indiquent aussi que le taux d'homicide a diminué pendant que le taux de suicide augmentait. Le suicide est généralement chez les Navajos un acte impulsif d'agression dirigé en réalité contre le conjoint et les parents de sang.

(180)

Auteur(s) : Levy, Jerrold E., et Kunitz, Stephen J.

Titre : Notes on some White Mountain Apache social pathologies.

Source : Plateau, vol. 42 : 11 à 19, 1969.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

On interprète les taux élevés actuels de décès par homicide et peut-être par suicide chez les Apaches de White Mountain comme une persistance de coutumes antérieures à l'établissement des réserves plutôt que comme une réaction récente à une vie marquée par le stress dans une réserve.

(Résumé de revue)

(181)

Auteur(s) : Lewis, Thomas H.

Titre : A syndrome of depression and mutism in the Oglala Sioux.

Source : American Journal of Psychiatry, vol. 132(7) : 753 à 755, juillet 1975.

Forme : article de revue.

Adresse : Lewis, Hôpital de l'Université Georgetown, Washington, D.C., États-Unis.

Niveau : III.

Ce document indique que le syndrome «wacinko» chez les Sioux Oglala va d'une réaction non clinique à des manifestations pathologiques de colère, de bouderie, de repliement sur soi, de dépression, de lenteur psychomotrice, de mutisme et d'immobilité et même jusqu'au suicide. Bien que les médecins autochtones y voient un dérèglement

distinctif, le mal n'a pas été décrit par des médecins non amérindiens. L'auteur présente un rapport de cas et signale que l'on peut diagnostiquer la plupart des cas comme des affections dépressives réactionnelles.

(Résumé de revue)

(182) Auteur(s) : Long, K. A.

Titre : Suicide intervention among a Native American population.

Source : Annual Meeting of the American Association of Suicidology (19e réunion annuelle), Atlanta, Georgie, États-Unis, p. 3 à 5, 1986.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

Ce document porte sur le suicide et sa prévention dans les tribus amérindiennes du Nord-Ouest rural. Les expériences et les données présentées visent les réserves des Crows et des Cheyennes du Nord et celle de Wind River. L'auteur se place du point de vue d'un clinicien blanc du domaine de l'hygiène mentale qui a travaillé pendant environ cinq ans avec les Indiens des Grandes Plaines de la région du Nord-Ouest.

(C.I.E.S.)

(183) Auteur(s) : Long, K.A.

Titre : Suicide intervention and prevention with Indian adolescent populations.

Source : Issues in Mental Health, 8 : 247 à 253, 1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : II.

Une infirmière blanche en psychiatrie qui a travaillé pendant cinq ans avec les Indiens des Grandes Plaines décrit la vie dans les réserves et met en lumière les facteurs du milieu qui exposent cette population amérindienne à des risques élevés de suicide. Comme étude de cas, le document examine l'épidémie de suicides qui a sévi en 1985 dans la réserve de Wind River. Il présente des stratégies d'évaluation, d'intervention et de prévention dans un cadre communautaire et s'attache aux obstacles du milieu et à leur incidence sur la culture des Indiens des Grandes Plaines et le caractère clairsemé du peuplement du territoire.

(C.I.E.S.)

(184) Auteur(s) : Loo, Robert.

Titre : Suicide among police in a federal force.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(3) : 379 à 388, automne 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document présente les résultats d'une étude du suicide ayant porté sur 35 membres de la Gendarmerie royale du Canada. Le taux annuel moyen (14,1 sur 100 000) de suicide dans ce corps de police est environ la moitié de celui de la population (comparable) en général et le moyen de suicide le plus répandu est le revolver réglementaire.

(ERIC)

(185) Auteur(s) : MacLean, B.

Titre : Deaths by violence among Canadian Native Peoples.

Source : Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, 19 p., août 1979.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa (Ontario), Canada.

Niveau : I.

Il s'agit d'un recueil de données statistiques sous forme de tableaux et de graphiques qui renseignent sur la mort violente chez les autochtones du Canada. Les catégories décrites sont les accidents de la circulation, les noyades, les morts par arme à feu, les chutes mortelles et le suicide.

(186) Auteur(s) : Main, Frank O., et West, John D.

Titre : Sabotaging adolescent depression through paradox.

Source : Journal of Adlerian Theory, Research and Practice, 43(2) : 185 à 191, juin 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Main, Université du Dakota du Sud, Vermillion, Dakota du Sud, États-Unis 57069.

Niveau : III.

Ce document décrit un atelier de 5 heures réalisé à l'intention d'un groupe de jeunes déprimés (âgés de 12 à 18 ans) après trois suicides coup sur coup d'élèves d'école secondaire dans une réserve amérindienne. Il examine la tradition sioux en ce qui concerne la mort. L'atelier s'articule autour de la notion élaborée par Adler que la souffrance sert un but dialectique et de l'hypothèse suivant laquelle l'enfant déprimé use de la souffrance comme d'une arme. Les auteurs décrivent la façon dont les symptômes

se sont réagencés dans le contexte de la culture sioux. L'atelier vise à aviver les intérêts sociaux et à décourager les logiques particulières à caractère obsessif.

(Psychological Abstracts)

(187) Auteur(s) : Maki, Takeshi.

Titre : [Prediction and prevention of suicide].

Source : Kyushu Neuro-psychiatry, vol. 30(1) : 19 à 24, avril 1984.

Forme : article de revue.

Adresse : Maki, Hôpital Maki, Fukuoka, Japon.

Niveau : III.

Il s'agit d'une communication présentée en octobre 1983 au 36^{e} symposium de psychiatrie de Kyushu sur l'intervention systématique et technique dans la crise psychiatrique. Les résultats d'analyses de données portant sur a) le suicide chez les patients soignés en établissement psychiatrique, b) le suicide chez les patients en clinique psychiatrique externe et c) la prévention du suicide par consultation téléphonique font nettement voir l'importance pour le suicidaire de bénéficier de consultations téléphoniques initiales, d'un traitement complémentaire (en suivi) et de l'intervention d'un service-secours capable d'assurer les consultations et les soins psychiatriques qu'exige la prévention du suicide. Il est particulièrement nécessaire de créer des services-secours qui demeurent en rapport étroit avec des centres psychiatriques bien établis afin de pouvoir pratiquer une psychiatrie préventive en fonction de nouveaux besoins sociaux.

(Psychological Abstracts)

(188) Auteur(s) : Maris, Ronald W.

Titre : Basis issues in suicide prevention: resolutions of liberty and love (The Dublin lecture).

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(B) : 326 à 334, automne 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document parle de sept questions liées à la prévention du suicide, expose le point de vue libertaire de Thomas Szasz sur ces questions et présente des arguments contre ce point de vue.

(ERIC)

(189) Auteur(s) : Martinez Lanz, Patricia, Saltijeral, M., et Grasciela, Maria T. et Terroba.

Titre : Revision del tema: «Intento de suicidio en los ninos: Un fenomeno psicosocial.» [Examen de la question : l'intention de suicide chez l'enfant, un phénomène psychosocial].

Source : Salud Mental, vol. 8(2) : 23 à 26, juin 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Inst. Mexicano de psichiatria, Division de Investigaciones Epidemiologicas y Sociales, Mexico, Mexique.

Niveau : III.

Ce document examine la documentation spécialisée portant sur le suicide dans l'enfance et s'attache à la conception de la mort chez l'enfant, au contexte et aux facteurs précipitants de l'intention de suicide, aux méthodes employées, à la prévention et au traitement. Les auteurs concluent que les enfants parasuicidaires ont des antécédents de difficultés socio-personnelles, et notamment de problèmes familiaux qui influent sur leur intention de se suicider. Les changements émotifs sur longue période et les éléments précipitants sont considérés comme les principaux facteurs du phénomène du suicide d'enfants.

(Psychological Abstracts)

(190) Auteur(s) : May, P.A., et Katz, P.

Titre : Single-vehicle crashes among the Navajo Indians.

Source : Annual Meeting of the American Association of Suicidology (14e réunion annuelle), Albuquerque, Nouveau-Mexique, États-Unis, p. 51 à 53, 1981.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

Il s'agit d'une analyse à plusieurs variables des facteurs liés à l'autodestruction et à la violence contre autrui au moyen de véhicules automobiles. Le taux de mortalité par véhicule automobile corrigé en fonction de l'âge était de 7,1 fois supérieur au taux national américain. Les accidents mortels par véhicule unique différaient par un certain nombre de variables des autres cas de collision navajos et des cas non amérindiens. Quatre facteurs semblent jouer dans les accidents à véhicule unique : mode de vie mésadapté à renforcement culturel, stress socio-culturel, jeunesse et abus de l'alcool.

(C.I.E.S.)

(191) Auteur(s) : May, Phillip A.

Titre : Suicide among American Indian youth: A look at the issues.

Source : Children Today, 16(4) : 22 à 25, juillet-août 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : II

Ce document examine les taux, les caractéristiques et les causes du suicide chez les jeunes autochtones américains. Il compare les statistiques du suicide de plusieurs tribus à celles de la population américaine en général. Il analyse la tentative de suicide et les autres comportements autodestructeurs. Il expose enfin les problèmes auxquels font face les adolescents amérindiens et propose un certain nombre de solutions.

(ERIC)

(192)

Auteur(s) :	May, Phillip A., et Dizmang, Larry H.
Titre :	Suicide and the American Indian.
Source :	Psychiatric Annals, vol. 4(1) : 22 à 28, novembre 1984.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Le taux de suicide chez les Amérindiens et les autochtones de l'Alaska vivant dans des réserves est plus du double de celui de la population américaine en général. Dans ces groupes, la cirrhose mortelle du foie est quatre fois plus fréquente qu'ailleurs aux États-Unis. Presque toutes les études actuelles font du suicide amérindien une caractéristique du comportement des gens plus jeunes. Les auteurs parlent des causes du phénomène : désorganisation sociale, conflit culturel et effondrement de la structure familiale. Comme remède suggéré, il y a surtout l'octroi d'une plus grande autonomie aux Indiens, et notamment de la faculté de prendre une part active à la prestation de services d'hygiène mentale.

(Psychological Abstracts)

(193)

Auteur(s) :	Mayer, Patricia A., et Bauman, Kay A.
Titre :	Health practices, problems, and needs in a population of Micronesian adolescents.
Source :	Journal of Adolescent Health Care, vol. 7(5) : 338 à 341, septembre 1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Bauman, Service de médecine familiale et communautaire, pièce 4335, AHSC, Tucson, Arizona, États-Unis 85724.
Niveau :	III.

Saipan, une des nombreuses îles du Pacifique sous tutelle américaine, dépend des États-Unis pour ses services médicaux. Les ressources restreintes de l'île n'ont guère permis d'assurer aux adolescents les soins médicaux dont ils ont besoin. Dans cette étude, on s'est enquis auprès de 519 adolescents de Saipan de leurs pratiques d'hygiène et de leurs problèmes et besoins en matière de santé. Ces jeunes qui voyaient rarement le médecin ont couramment signalé des ennuis de santé comme les maux de tête, les douleurs abdominales et les caries dentaires. Sur le plan psychosocial, ils ont parlé de difficultés avec les parents, les amis de sexe opposé et l'école et ont en outre fait mention

de pensées de suicide. Les sujets qu'ils trouvaient le plus intéressants dans le domaine de la santé étaient l'éducation sexuelle, l'emploi, la prévention du suicide, la drogue et les moyens de contraception. Les moyens qu'ils privilégiaient pour l'apprentissage de ces questions étaient les livres, les films et l'enseignement. Les cas signalés de problèmes de drogue et d'alcool étaient nombreux chez les garçons et toutes les personnes interrogées avaient des idées de suicide.

(Résumé de revue)

(194)

Auteur(s) : McAlpine, D.E.

Titre : Suicide: Recognition and management.

Source : Mayo Clinic Proceedings, 62(9) : 778 à 781, septembre 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : McAlpine, Service de psychiatrie et de psychologie, Clinique Mayo, Rochester, Minnesota, États-Unis 55905.

Niveau : III.

Le suicide de patients est un problème clinique courant. Aux États-Unis, 28 000 personnes se suicident tous les ans et la plupart de ces victimes consultent un médecin pendant les six mois qui précèdent la mort. Deux états qui sont souvent liés au suicide sont les troubles de l'affectivité et l'alcoolisme; la constatation et la «gestion» de ces cas aideront à prévenir une foule de suicides. Les patients hospitalisés s'exposent à des risques élevés de suicide, surtout les victimes apparentes d'«accidents» qui pourraient n'être que des tentatives de suicide bien déguisées. Les médecins devraient être conscients des signes précurseurs verbaux et comportementaux de tendances suicidaires chez leurs patients, qu'il s'agisse de préoccupations morbides de la mort, du don d'objets personnels ou de la médiocrité du travail ou de l'assiduité scolaire. Une écoute et une intervention empreintes de sympathie du médecin devraient faire naître des suggestions de solution des problèmes qui ont provoqué l'apparition du comportement suicidaire et atténuer les troubles auxquels le patient est en proie. On devrait envisager l'hospitalisation des patients suicidaires fortement déprimés ou dont les facultés mentales sont diminuées.

(Medline)

(195)

Auteur(s) : McCormack, A., Janus, M., et Burgess, A.W.

Titre : renseignement non disponible.

Source : Child Abuse and Neglect, 10 : 387 à 395, 1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.

Niveau : I.

Cette étude de 144 fugueurs adolescents a permis de constater qu'ils avaient fait l'objet de sévices sexuels dans une proportion de 38 % chez les hommes et de 73 % chez les femmes. L'évaluation des différences entre adolescents violentés et non violentés indique que les adolescents et les adolescentes victimes d'agression sexuelle sont plus susceptibles de souffrir d'anxiété et de nourrir des pensées suicidaires que les autres. Les auteurs s'attachent aux écarts selon le sexe et aux comportements de fugue par rapport au phénomène de l'agression sexuelle. Les constatations pourraient s'expliquer par les variations d'importance des sévices et le sexe de l'agresseur.

(C.I.E.S.)

(196)

Auteur(s) :	McDougall, Sheila.
Titre :	A descriptive study of «suicide» on three Indian Reserves in Alberta.
Source :	Institut Nechi de formation en matière d'alcool et de drogues, 1986.
Forme :	rapport.
Niveau :	II.

Ce rapport présente les résultats d'une étude de l'incidence du suicide dans trois réserves albertaines. Les difficultés des réserves indiennes viennent de facteurs économiques et historiques et de problèmes d'identité personnelle qui sont source d'acculturation et mènent au stress et à la désagrégation sociale. La population indienne a été et reste en proie aux maux de l'alcool, des drogues, de l'abus de substances toxiques, de l'effondrement de la famille et de l'incarcération. On y observe également une montée des taux de suicide. Les recherches indiquent que la femme autochtone a trois fois plus de chances que l'homme de tenter de se suicider et que, chez l'homme autochtone, les probabilités d'acte de suicide réussi sont trois fois plus élevées que chez la femme. On a demandé à des gens portant le deuil de suicidés de répondre anonymement à un questionnaire dans le cadre d'une entrevue. L'analyse des résultats indique que la victime du suicide sera probablement un homme autochtone de 14 à 24 ans célibataire, séparé ou divorcé dont les liens avec la culture indienne sont ténus, voire inexistants, et qui a abusé de l'alcool au moment du suicide ou avant. Dans nombre de suicides, les problèmes conjugaux, l'éclatement de la famille et les perturbations de l'enfance sont des facteurs qui interviennent. Les recommandations du rapport visent les différences culturelles et les services d'éducation et d'hygiène mentale et insistent sur la nécessité d'une participation des autochtones et de la mise en place de programmes de formation, de prévention et d'intervention d'urgence.

(197)

Auteur(s) :	McGinnis, J.M.
Titre :	Suicide in America—Moving up the public health agenda.
Source :	Suicide and Life-Threatening Behavior, 17(1) : 18 à 32, printemps 1987.
Forme :	article de revue.

Adresse : McGinnis, Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, Washington, D.C., États-Unis.

Niveau : III.

Malgré la progression de l'état de santé des Américains depuis 30 ans, le problème du suicide et son inquiétante montée des trois dernières décennies demeurent une grande énigme pour le spécialiste de la santé aux États-Unis. On doit voir dans le suicide un véritable problème de santé publique pour découvrir des stratégies de prévention de ce phénomène. Stratégies et efforts de prévention doivent être multiformes et s'appuyer sur un certain nombre de principes et de démarches de santé publique. Au nombre de ces orientations, on compte l'amélioration des méthodes épidémiologiques d'étude du suicide, l'élaboration de programmes d'éducation, d'information et d'intervention sanitaires en matière de suicide et une meilleure sensibilisation et participation de la collectivité aux efforts de prévention.

(Medline)

(198) Auteur(s) : McIntosh, J.L.

Titre : A study of suicide among United States racial minorities based on official statistics: The influence of age, sex and other variables.

Source : Thèse de doctorat, Université Notre Dame, 356 p., 1980. (Micro E184 AIM13 1980)

Forme : thèse.

Niveau : III.

Il s'agit d'une étude détaillée des variables démographiques du comportement suicidaire chez les Américains d'origine autochtone, noire ou asiatique (y compris les Chinois, les Japonais et les Philippins) à l'aide des statistiques sommaires des causes de décès du National Centre for Health Statistics.

(C.I.E.S.)

(199) Auteur(s) : McIntosh, John L.

Titre : Suicide among Native Americans: Further tribal data and considerations.

Source : Omega: Journal of Death and Dying, vol. 14(3) : 215 à 229, 1983-1984.

Forme : article de revue.

Adresse : McIntosh, Université d'Indiana à South Bend, Département de psychologie, C.P. 7111, South Bend, Indiana, États-Unis 46634.

Niveau : III.

Il s'agit d'une mise à jour d'une publication sur les différences tribales en matière de comportement suicidaire chez les autochtones américains. L'auteur évoque les similitudes entre les études (sources des données, concentration des suicides chez les jeunes, hétérogénéité intratribale en ce qui concerne le suicide, modes de suicide employés et rôle de l'alcool). La plupart des études s'en sont presque entièrement remises pour leur données à une source officielle unique. Le document examine les conséquences de l'obtention de chiffres auprès d'organismes officiels, notamment lorsque l'information vise les tribus et les réserves autochtones américaines. Il relève les domaines de recherche négligés et fait valoir la nécessité d'une poursuite des études à des fins de facilitation des programmes de prévention.

(Résumé de revue)

(200)

Auteur(s) :	McIntosh, John L., Hubbard, Richard W., et Santos, John F.
Titre :	Suicide facts and myths: A study of prevalence.
Source :	Death Studies, vol. 9(3-4) : 267 à 281, 1985.
Forme :	article de revue.
Adresse :	McIntosh, Université d'Indiana, South Bend, Indiana, États-Unis 46615.
Niveau :	II.

Bien que les observations sur les «mythes» entourant le phénomène du suicide abondent dans la documentation spécialisée, on a mené peu d'études empiriques en vue d'établir à quel point les gens y ajoutent foi. On a demandé à 271 élèves de collège de répondre à un questionnaire de 32 questions sur les corrélatifs démographiques et cliniques de l'état suicidaire. On s'est également attaché aux antécédents de comportement suicidaire des personnes interrogées et à ceux des personnes qu'ils connaissaient. En général, les notes ont été médiocres, le pourcentage de bonnes réponses s'élevant en moyenne à 59,1 % (18,9 questions). Ce sont les enquêtés suivants qui ont eu les meilleurs résultats (bien que généralement bas) : ceux qui avaient reçu une formation en prévention ou en intervention d'urgence en matière de suicide, ceux qui avaient étudié le phénomène du suicide à l'école, les élèves plus âgés, ceux qui avaient les meilleures notes ou qui suivaient des cours de niveau supérieur. Dans une seconde étude, 49 intervenants en soins à domicile et 32 personnes formées aux tâches de dépistage social auprès des personnes âgées ont répondu à un sous-ensemble de 16 questions du même questionnaire. Les notes ont été élevées avec un pourcentage approximatif de 75 % de bonnes réponses. Presque toutes les questions présentaient un caractère clinique et parlaient surtout des «mythes» habituellement abordés dans la documentation spécialisée sur le suicide. Les résultats avaient beau être médiocres dans la première étude en ce qui concerne les données objectives et l'information démographique, ils étaient élevés dans les deux enquêtes en ce qui concerne les «mythes» cliniques courants sur le phénomène du suicide. Les auteurs examinent les conséquences de ces constatations sur le plan de la formation et de l'éducation.

(Sociological Abstracts)

(201) Auteur(s) : McIntosh, John L., et Jewell, Barbara L.

Titre : Sex difference trends in completed suicide.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(1) : 16 à 27, printemps 1986.

Forme : article de revue.Adresse :McIntosh, Département de psychologie, Université d'Indiana à South Bend, C.P. 7111, South Bend, Indiana, États-Unis 46634.

Niveau : III.

Dans la documentation récente sur le suicide, on trouve de plus en plus de propos qui laissent entendre que les différences entre les sexes s'atténuent en ce qui concerne les actes de suicide réussis. La compilation des données officielles sur le suicide pour la période 1933-1980 confirme l'existence de cette tendance depuis les années 1950 jusqu'en 1971. En revanche, de 1971 à 1980, on a constamment observé une augmentation des différences (mesurées par le rapport entre taux masculins et taux féminins). On a relevé cette tendance pour le pays dans son ensemble, la population blanche et non blanche, le nombre de suicides, les taux bruts et les taux corrigés en fonction de l'âge. On a constaté une diminution des différences selon le sexe pour les groupes d'âge 35-44, 45-54, 55-64 et 65 ans et plus, alors que pour les groupes 15-24 et 25-34 ans on relevait un accroissement de ces mêmes différences. Les auteurs offrent des explications possibles de ces constatations.

(Résumé de revue)

(202) Auteur(s) : McIntosh, John L., et Santos, John F.

Titre : Changing patterns in methods of suicide by race and sex.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 12(4) : 221 à 233, hiver 1982.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document examine les statistiques nationales annuelles officielles pour des modes déterminés de suicide selon le sexe et le groupe racial de 1923 à 1978. On peut observer des changements de moyens de suicide, plus particulièrement chez les femmes et les Américains d'origine asiatique. Règle générale, l'emploi des armes à feu a pris de l'ampleur dans presque tous les groupes de race (ethniques) ou de sexe, tandis que l'utilisation de poison régressait.

(ERIC)

(203) Auteur(s) : McIntosh, John L., et Santos, John F.

Titre : Changing patterns in methods of suicide by race and sex.

Source : Annual Meeting of the American Association of Suicidology 14^{e} réunion annuelle, Albuquerque, Nouveau-Mexique, avril 1981.

Forme : document de recherche.

Niveau : III.

Les taux de suicide varient largement selon le sexe et la race, mais on n'a pas étudié de près dans le temps les méthodes employées par les divers groupes. On a examiné pour la période 1923-1978 les statistiques nationales annuelles officielles portant sur des modes déterminés de suicide selon le sexe et certains groupes raciaux. Pendant cette période, les proportions de suicide par méthode ont connu des variations, surtout chez les femmes et les groupes d'origine asiatique. Bien que les femmes aient continué à employer des poisons solides ou liquides plus souvent que les hommes, elles ont eu plus fréquemment recours ces dernières années à l'arme à feu. Chez les Américains d'origine japonaise ou chinoise, les modes de suicide les plus répandus étaient la pendaison, la strangulation et la suffocation. Les proportions relatives à ces moyens de suicide avaient cependant tendance à diminuer dans le temps, tandis que celles d'autres moyens comme l'arme à feu évoluaient en hausse. En ce qui concerne les actes de suicide réussis, l'arme à feu demeurait le moyen le plus souvent utilisé par les hommes blancs, noirs et amérindiens. Les résultats semblent indiquer que l'acculturation, la transformation des rôles dans la société et les problèmes d'élaboration des statistiques officielles sont sans doute les facteurs qui expliquent ces changements au tableau des modes de suicide.

(ERIC)

(204) Auteur(s) : McIntosh, John L., et Santos, John F.

Titre : Suicide among minority elderly: A preliminary investigation.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 11(3) : 151 à 166, automne 1981.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Une étude des statistiques officielles de 1976 sur le phénomène du suicide chez les personnes âgées appartenant à des minorités fait voir que les taux de suicide sont les plus élevés chez les vieillards d'origine chinoise, japonaise ou philippine. En revanche, on remarque chez les Américains noirs et autochtones des taux de suicide extrêmement bas pour le groupe du troisième âge. Les auteurs avancent des explications pour ces constatations.

(ERIC)

(205) Auteur(s) : McIntosh, John L., et Santos, John F.

Titre : Suicide among Native Americans: A compilation of findings.

Source : Omega: Journal of Death and Dying, vol. 11(4) : 303 à 316, 1980-1981.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Dans la documentation spécialisée récente, on s'est beaucoup intéressé au phénomène du suicide chez les autochtones américains. Les études ont surtout porté sur des groupes tribaux particuliers. Bien que le taux de suicide chez les Amérindiens soit dans l'ensemble égal ou supérieur au taux national, on risque de donner l'impression, en mettant trop l'accent sur les tribus dont le taux de suicide est particulièrement élevé, que le suicide fait de grands ravages dans tous les groupes amérindiens. On fait parfois mention des amples variations entre tribus, mais souvent on oublie ces écarts ou on n'en parle pas. Le document présente les résultats des études réalisées sur le phénomène du suicide dans les diverses tribus amérindiennes et expose quelques-unes des conséquences pour les futures recherches.

(Résumé de revue)

(206)

Auteur(s) : McShane, D.

Titre : An analysis of mental health research with American Indian Youth.

Source : Journal on Adolescence, vol. 11(2) : 87 à 116, juin 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : McShane, Département de psychologie, Université Utah State, Logan, Utah, États-Unis 84322-2810.

Niveau : IV.

L'auteur a procédé à un examen complet de la documentation spécialisée (études, publications et autres documents produits depuis 1970) portant sur la recherche en santé mentale chez les Amérindiens en vue de dresser une liste de besoins de recherche et de formation. L'auteur dégage d'une analyse de contenu de cette documentation une synthèse qui décrit les importantes questions biopsychologiques qu'affrontent les collectivités amérindiennes, les lacunes des activités de recherche passées et actuelles et les problèmes propres aux études passées. Il en tire des recommandations dans chacun des secteurs abordés en ce qui concerne les possibilités et les besoins de recherche pour l'avenir. La partie de l'analyse présentée dans l'article (de revue) vise les bébés, les enfants d'âge préscolaire, les enfants d'âge scolaire et les adolescents amérindiens. Voici par ordre de présentation les domaines précis abordés : otite de l'oreille moyenne, syndrome de l'alcoolisme foetal, agression et négligence, défaut de profiter, autisme et énurésie (phénomènes examinés ensemble) du point de vue des lacunes de la recherche. A ces domaines s'ajoutent ceux des troubles neurosensoriels, des incapacités de développement, des conditions handicapantes et des problèmes liés à la fréquentation scolaire, du placement familial et de l'adoption, de l'image de soi, des troubles du comportement et de la délinquance, de l'alcoolisme et des autres toxicomanies et du suicide et de la dépression (aspects examinés chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire sous l'angle des lacunes et des besoins de la recherche).

(Medline)

(207) Auteur(s) : Miller, Howard L., Coombs, David W., Leeper, James D., et Barton, Stephen N.

Titre : An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States.

Source : American Journal of Public Health, vol. 74(4) : 340 à 343, avril 1984.

Forme : article de revue.

Adresse : Miller, Département de psychologie, C.P. 6142, École supérieure de psychologie expérimentale et clinique de l'Université de l'Alabama, Université de l'Alabama, États-Unis 35486.

Niveau : II.

Depuis les années 1960, on fait de grands efforts aux États-Unis pour réduire la mortalité par le suicide grâce à la mise en place de centres de prévention assurant des services d'appui à l'intention des suicidaires. Malgré l'absence pour ainsi dire totale de renseignements sur l'efficacité de ces services, les centres se sont multipliés et, en 1973, presque toutes les régions métropolitaines des États-Unis en avaient au moins un. Pendant toute cette période, les taux de suicide augmentaient légèrement. L'étude porte sur les années 1968-1973, période où les centres de prévention du suicide se sont le plus multipliés, et compare sur le plan des taux de suicide les comtés qui se sont dotés de centres à ceux qui ne l'ont pas fait. On a ainsi pu constater l'existence d'un lien entre la création de centres et la réduction du nombre de suicides chez les jeunes femmes de race blanche. On a repris l'exercice en choisissant une période et un ensemble de comtés différents. L'auteur examine les résultats obtenus, cette partie de la population constituant la clientèle principale des centres.

(Résumé de revue)

(208) Auteur(s) : Miller, M.

Titre : American Indian suicides.

Source : Suicide Information Center, 3 p., 1983.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Suicide Information Center, 6377, Lake Apopka Place, San Diego, Californie, États-Unis 92119.

Niveau : II.

Ce document présente des données bibliographiques sur le phénomène du suicide chez les Amérindiens.

(209) Auteur(s) : Miller, Marv.

Titre : A detailed fact sheet on suicide.

Source : The Information Center, 1984.

Forme : brochure.

Adresse : The Information Center, 6377, Lake Apopka Place, San Diego, Californie, États-Unis 92119.

Niveau : I.

Selon les statistiques mondiales de l'Organisation mondiale de la santé, 1 000 personnes se suicident tous les jours. Aux États-Unis, le nombre quotidien de suicidés est de 100 et, toutes les 3 minutes, quelqu'un attente à ses jours. Le taux de suicide américain est modéré par rapport à celui d'autres pays. La ville présentant le taux de suicide le plus élevé dans le monde est Berlin-Ouest et, aux États-Unis, c'est Reno et San Francisco qui ont le bilan le plus lourd à cet égard. De toutes les régions, c'est la côte ouest et les montagnes Rocheuses qui subissent le plus les ravages du suicide et les États du Sud qui les subissent le moins. L'incidence du suicide est la plus grande le lundi et les mois de printemps. En dehors de ces périodes, on observe uniquement des variations infimes au cours de l'année. La plupart des suicides se produisent l'après-midi ou tôt pendant la soirée, bien qu'il soit souvent difficile d'établir l'heure avec précision. Les hommes réussissent leur acte de suicide plus souvent que les femmes, mais celles-ci ont trois fois plus de chances d'attenter à leurs jours. Le risque de suicide est le plus grand chez les Blancs de plus de 40 ans et les jeunes Noirs. Les probabilités de suicide sont trois fois plus élevées dans le personnel médical que dans d'autres groupes. Toutefois, les probabilités sont moins élevées en général chez les gens instruits. Le risque de suicide a tendance à augmenter avec l'âge au-delà du cap des 15 ans. Les hommes choisissent habituellement des moyens de suicide mortels ou violents, tandis que les femmes usent volontiers de moyens plus passifs comme les surdoses de médicaments. Les gens qui se suicident n'ont pas tendance à souffrir d'une maladie mentale. Les Juifs ont moins de chances et les protestants plus de chances de se suicider. On observe le taux de suicide le plus bas chez les gens mariés et le taux le plus élevé chez les Blancs âgés, les médecins, les alcooliques, les toxicomanes, les homosexuels, les Amérindiens, les adolescents et les élèves de collège. Le suicide ne fait généralement pas de distinctions entre classes ou groupes sociaux.

(210) Auteur(s) : Miller, Marv.

Titre : Suicide intervention by nurses.

Source : Springer Publishing Company Inc., 1982; cote RC569.5935, ISBN 0-826-3031-3 (livre de poche).

Forme : livre.

Adresse : Springer Publishing Company Inc. 200, avenue Park sud, New York, État de New York, États-Unis 10003.

Niveau : II.

Plus que les médecins, le personnel infirmier est en mesure de constater les crises de suicide dans un hôpital et d'y réagir. Cet ouvrage traite directement du rôle de ce personnel dans la prévention, l'intervention et la postvention en matière de suicide. Une introduction

à la suicidologie donne un aperçu de cette discipline et fait mention des théories récentes et de la caractérisation et des études de cas du comportement autodestructeur. L'auteur élabore des points de repère sur lesquels pourra se guider le personnel infirmier pour reconnaître les comportements suicidaires et évaluer les degrés de risque. Les infirmiers et infirmières peuvent avoir à s'occuper de cas de comportement suicidaire ailleurs, puisque le préposé de l'infirmerie scolaire ou du service de santé publique découvrira souvent des adolescents suicidaires et que le personnel infirmier hospitalier se retrouvera peut-être en présence de comportements suicidaires chez des collègues. Pour traiter convenablement un suicidaire, il faut savoir lui parler et lui manifester de l'intérêt et de l'appui. Une démarche d'équipe est nécessaire et il faut préparer suffisamment le patient à sa sortie d'hôpital. L'auteur signale que, dans le cadre du traitement hospitalier des suicidaires, on doit mettre en place des programmes spéciaux novateurs destinés aux patients à risque élevé. On doit tenir compte pendant le traitement des réactions du personnel et des préjugés contre les gens qui attentent à leurs jours, surtout dans le service des soins intensifs. Malgré tous les efforts, il se peut qu'un patient se suicide avec les conséquences que cet acte peut avoir non seulement sur le plan des poursuites contre l'hôpital en matière de responsabilité et de fautes professionnelles, mais aussi sur celui du moral du personnel hospitalier.

(211)

Auteur(s) :	Miller, Marv.
Titre :	Suicides on a Southwestern American Indian Reservation.
Source :	White Cloud Journal, vol. 1(3) : 14 à 18, 1979.
Forme :	article de revue.
Adresse :	The Information Centre, 6377, Lake Apopka Place, San Diego, Californie, États-Unis 92119.
Niveau :	III.

Ce document examine les suicides (au nombre de 28) qui se sont produits sur une période de 124 mois dans une réserve indienne du Sud-Ouest en fonction des lieux et des périodes, des moyens employés pour se donner la mort, ainsi que de l'état matrimonial et de la profession des victimes. L'auteur a dégagé un tableau de concentration des actes de suicide par saison, jour de la semaine et lieu. Le profil des suicides fait voir un travailleur de sexe masculin jeune et célibataire (jamais marié) qui s'est suicidé à la maison au moyen d'une arme à feu un week-end de mars, d'avril, de juillet ou d'août. Le document propose plusieurs stratégies d'optimisation des efforts de prévention et d'intervention dans les réserves indiennes en situation de disponibilités restreintes sur le plan de la main-d'oeuvre et des ressources.

(Résumé de revue)

(212)

Auteur(s) :	Miller, Marv.
Titre :	1988 training workshop manual.
Source :	The Information Centre, 1988.
Forme :	livret de renseignements.

Adresse : The Information Center, 6377, Lake Apopka Place, San Diego, Californie, États-Unis 92119.

Niveau : I.

Le guide de formation décrit un atelier d'initiation destiné à former les intervenants non cliniques en matière de suicide aux techniques de constatation des signes avant-coureurs, de dépistage des personnes «exposées», d'évaluation des risques de suicide, d'aiguillage des suicidaires vers les sources d'aide appropriées et de suivi des mesures d'aiguillage. L'auteur consacre plusieurs chapitres à la caractérisation du comportement et des sentiments suicidaires, à l'explication des causes et des processus et à la description des techniques d'intervention en personne et au téléphone. Il expose les signes précurseurs du suicide et parle des situations, des symptômes de la dépression et des indices verbaux et comportementaux. Un autre chapitre aborde la question des signes avant-coureurs des suicides d'adolescents et donne les résultats d'une étude de cas portant sur ce groupe d'âge. Le document présente une échelle d'évaluation des risques de suicide sous la forme d'un questionnaire d'appréciation des possibilités de suicide. D'autres échelles qualitatives permettent de juger de la gravité d'une tentative de suicide et d'autres encore, de dépister et de diagnostiquer les cas de suicide possible. Des données statistiques agencées sous la forme de tableaux et de graphiques dégagent les tendances démographiques du suicide. Le guide offre enfin un lexique spécialisé du domaine.

(213) Auteur(s) : Miller, Sheldon I., et Schoenfeld, Lawrence S.

Titre : Suicide attempt patterns among the Navajo Indians.

Source : International Journal of Social Psychiatry, vol. 17(3) : 189 à 193, été 1971.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Il s'agit d'un rapport portant sur une période d'activité de 7 mois dans le cadre d'une étude en cours du suicide et de la tentative de suicide chez les Navajos. Les auteurs de l'étude veulent juger de l'ampleur du problème et reconnaître les gens fortement exposés. Jusqu'ici, seules quelques études ont porté sur les actes de suicide réussis et encore moins de chercheurs se sont intéressés aux tentatives de suicide. Les artisans du projet ont élaboré un formulaire de déclaration des suicides, dont copie a été envoyée à tous les services s'occupant de la réserve navajo. Le médecin qui trouvait le premier un suicidaire remplissait le formulaire et le renvoyait aux auteurs à des fins d'examen et de totalisation. Les résultats indiquent que le groupe où le risque de suicide est le plus élevé est plus jeune que la population psychiatrisée en général. L'ingestion de médicaments est le mode de suicide le plus courant. Les auteurs n'ont pas relevé de différences marquées entre la population étudiée et d'autres populations non amérindiennes décrites dans la documentation spécialisée. Cela vaut autant pour les méthodes que pour les événements précipitants. Il apparaît nettement que la tentative du suicide est un véritable problème chez les Navajos. Le phénomène n'est toutefois pas plus grave que dans d'autres groupes.

(Résumé (synopsis) de revue)

(214)

Auteur(s) :	Mills, Marlene C.
Titre :	Intervention strategies in a suicidal case.
Source :	Psychological Reports, vol. 56(3) : 718, juin 1985.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Mills, Inst. Roland-Saucier, LaSalle (Québec), Canada.
Niveau :	II.

Ce document expose la démarche d'intervention auprès d'un homme suicidaire souffrant de léthargie, d'insomnie et de perte d'appétit et qui, attiré par la mort, avait fait des préparatifs de suicide. On a d'abord cherché à se placer du point de vue du patient, on a mis l'accent sur sa force et ses ressources intérieures, on s'est employé à dissiper la confusion à laquelle il était en proie et à lui redonner de la confiance en soi, et on a enfin intégré le point de vue du thérapeute et celui du patient.

(Psychological Abstracts)

(215)

Auteur(s) :	Minde, K.K.
Titre :	Suicide in children and adolescents.
Source :	Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 19(1) : 29 à 31, janvier 1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada, T3C 0J7.
Niveau :	II.

Le Dr Minde présente des statistiques sur le phénomène du suicide chez les enfants et les adolescents canadiens en 1983. Au total, 23 enfants âgés de 10 à 14 ans se sont suicidés et il n'y a pas eu de suicides dans le groupe des moins de 10 ans. On a dénombré par ailleurs 289 suicides chez les adolescents (âgés de 15 à 24 ans). Le document s'attache aux aspects étiologiques du suicide chez les enfants et les jeunes gens et dresse un cadre d'évaluation. Il présente enfin à titre d'illustration l'échelle d'appréciation d'intention du Dr Pierce.

(C.I.E.S.)

(216)

Auteur(s) :	Moore, Pamela S., et Lewis, Dorothy B.
Titre :	Useful information on suicide.
Source :	Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (rapport DHHS-ADM-86-1489), 1986.
Forme :	livret de renseignements.
Adresse :	National Institute of Mental Health, 5600, rue Fishers, Rockville, Maryland, États-Unis 20857.

Niveau : I.

Ce livret vise à renseigner sur le suicide. Il commence par expliquer brièvement la place qu'occupe ce phénomène dans l'histoire. Un chapitre descriptif consacré aux gens qui se suicident s'attache à diverses catégories démographiques : personnes âgées, enfants, adolescents et jeunes adultes, hommes, femmes, Noirs et gens des différents groupes d'état matrimonial. Le chapitre suivant examine le pourquoi du suicide. Il distingue les actes de suicide réussis des tentatives et étudie les liens entre le suicide et la dépression, l'infortune, l'alcoolisme et la schizophrénie. Il parcourt l'éventail des théories du suicide et passe en revue les influences familiales, les indices biochimiques et les autres facteurs. Les auteurs présentent ensuite les signes avant-coureurs du suicide, dont les tentatives antérieures, les propos de suicide, la planification et les préparatifs, les changements de personnalité ou de comportement et la dépression clinique. Ils font douze suggestions au lecteur en matière de prévention du suicide. Ils passent ensuite aux traitements : psychothérapie, pharmacothérapie, hospitalisation et sismothérapie. Ils exposent les efforts de prévention au gouvernement fédéral et dans les États, les initiatives de l'entreprise privée et du bénévolat, les façons de réduire le plus possible la panoplie de moyens d'autodestruction et le rôle des centres de prévention du suicide et des services-secours téléphoniques. Le document dresse enfin à l'intention de ceux qui voudraient se renseigner davantage sur la question des listes d'organismes, de sources d'aide et de documents à consulter.

(ERIC)

(217) Auteur(s) : Morgan, M. W.

Titre : Navajo suicide: cultural etiology of suicide behavior and variant patterns of cultural knowledge about suicide.

Source : Thèse de doctorat, Université Northwestern, p. 1 à 194, 1973. (Micro E9859M65 1972)

Forme : thèse.

Niveau : III.

Ce document traite principalement de la conceptualisation du comportement suicidaire chez les Navajos et des fondements de ces conceptions dans la culture traditionnelle. L'auteur a puisé à quatre sources : auteurs de tentative de suicide (premier rang), parents (deuxième rang), personnes extérieures (troisième rang) et observateurs-chercheurs (quatrième rang).

(C.I.E.S.)

(218) Auteur(s) : Morrison, James L.

Titre : Youth suicide: An intervention strategy.

Source : Social Work, 32(6) : 536 et 537, novembre-décembre 1987.

Forme : article de revue.Adresse :renseignement non disponible.

Niveau : II.

Ce document expose des stratégies de prévention du suicide chez les jeunes (en milieu universitaire ou non universitaire) dégagées après une série de suicides d'adolescents au Minnesota : liaison plus étroite et service d'appui plus immédiat pour le conseiller scolaire, services de consultation de pairs, groupes de soutien en milieu scolaire, programme de formation «en cours d'emploi» du personnel enseignant en matière de suicide, initiation dans le cadre des programmes d'études aux mécanismes d'«adéquation» et aux moyens de constatation des risques de suicide, tribune communautaire sur le suicide de jeunes.

(ERIC)

(219) Auteur(s) : Motto, Jerome A.

Titre : Clinical considerations of biological correlates of suicide.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(2) : 83 à 102, été 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document passe en revue les éléments possibles de «marquage» biochimique pour le risque de suicide et signale qu'aucun ne se prête nettement à des activités cliniques en matière de prévention du suicide. L'auteur aborde d'autres aspects biologiques du suicide, dont la constitution génétique, les drogues et la médication en milieu plasmatique, la sismothérapie et la psycho-immunologie. Il encourage le recours aux électrochocs. Il met en garde contre un emploi clinique précipité de produits chimiques.

(ERIC)

(220) Auteur(s) : Motto, Jerome A.

Titre : Starting a therapy group in a suicide prevention and crisis center.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 9(11) : 47 à 56, printemps 1979.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce rapport expose l'expérience d'un centre dans la mise en place d'un programme de thérapie de groupe. Il s'attache aux aspects suivants : état de préparation du centre, attributions du conseil d'administration, nombre et compétences des chefs de groupe, composition du groupe, date, heure, lieu et durée des réunions, structure «ouverte» et structure «fermée», aléas de la participation, intégration au service-secours téléphonique 24 heures, problèmes de confidentialité et réaction au suicide d'un membre du groupe.

(Résumé de revue)

(221) Auteur(s) : Motto, Jerome A., Heilbron, David C., et Juster, Richard P.

Titre : Development of a clinical instrument to estimate suicide risk.

Source : American Journal of Psychiatry, vol. 142(6) : 680 à 686, juin 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Motto, École de médecine de l'Université de Californie, San Francisco, Californie, États-Unis.

Niveau : III.

Ce document élabore une échelle d'évaluation empirique du risque de suicide pour les adultes hospitalisés à cause d'un état dépressif ou suicidaire. Pour les besoins de l'exercice, on a fait une étude prospective de 2 753 patients suicidaires à l'aide de 101 variables psychosociales. Une étude complémentaire sur deux ans a fait voir que 136 (4,94 %) de ces personnes s'étaient suicidées. Une analyse statistique rigoureuse et l'application d'une procédure de validation ont permis de dégager 15 variables comme éléments significatifs de prévision de l'issue suicidaire. On en a tiré «sur le papier» une échelle d'estimation du risque de suicide sur deux ans. Cet instrument complète utilement le jugement clinique et se veut une expression quantitative du risque de suicide.

(Résumé de revue)

(222) Auteur(s) : Motto, Jerome A., Brooks, Richard M., Ross, Charlotte P., et Allen, Nancy H.

Titre : Standards for suicide prevention and crisis centers.

Source : Behavioral Publications; cote V6545.575, ISBN 0-87705-105-4.

Forme : livre.

Adresse : Behavioral Publications, 72, 5e avenue, New York, État de New York, États-Unis 10011.

Niveau : III.

Les auteurs signalent l'absence de consignes ou de normes efficaces pour les centres de prévention du suicide aux États-Unis. Ils se proposent d'élaborer non seulement des règles déontologiques, mais aussi des critères de fonctionnement efficace et d'évaluation de ces centres. Leurs critères sont explicites et se présentent souvent sous la forme de «questions et réponses». Les domaines suivants sont abordés : adaptation du centre au cadre (collectivité), organisation (conseil de direction, etc.), dotation (personnel professionnel et non professionnel et bénévoles), formation des effectifs, service, aspects éthiques et évaluation de programme. Les auteurs présentent enfin en annexe une «liste de contrôle» de pratiques et de programmes de gestion, de caractéristiques souhaitables et non souhaitables des bénévoles et des données d'évaluation des programmes.

(223) Auteur(s) : Narveson, Jan.

Titre : Moral philosophy and suicide.

Source : Revue canadienne de psychiatrie, vol. 31(2) : 104 à 107, mars 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Deux grandes questions morales se posent en matière de suicide : le suicide peut-il être moralement permis et, si oui, dans quelles circonstances?; la personne qui sait que quelqu'un d'autre envisage ou tente de se suicider a-t-elle l'obligation d'intervenir et, si oui, quel est le caractère contraignant de cette obligation? En ce qui concerne le premier aspect, il est difficile de ne pas accepter la conclusion que le suicide n'est pas un acte répréhensible en soi. Il est erroné de qualifier le suicide de «meurtre de soi». Même si la personne qui se suicide prive la collectivité d'un bien, les gens ne sont généralement pas tenus de fournir de bons services à autrui. Par ailleurs, l'opposition théologique au suicide n'emporte pas la conviction. Le suicide peut revêtir un caractère rationnel. Ainsi, si la valeur globale de l'expérience et son optimisation comptent beaucoup pour une personne et qu'à un moment quelconque de l'évolution de cette personne, les expériences négatives l'emportent sur les expériences positives, le suicide pourrait représenter un choix rationnel. En ce qui a trait aux interventions, le point de vue change selon qu'il s'agit de gens côtoyant une personne qui envisage ou tente de se suicider, de spécialistes ou du grand public. Les gens de la première catégorie ont leur propre vie à vivre et n'ont pas à la changer même si la vie d'une autre personne est en jeu. Les spécialistes ne devraient pas devenir une autorité paternaliste soucieuse de garder les patients en vie contre leur gré et incapable de voir la misère dans laquelle elle les plonge pour longtemps. Dans le cas du grand public, le devoir de sauver des étrangers du suicide demeure faible.

(Résumé de revue)

(224) Auteur(s) : Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones.

Titre : Suicide prevention resource material.

Source : Regional Resource Person. Training, Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, p. 1 à 100, mars 1984.

Forme : manuscrit.

Adresse : Regional Resource Person. Training, Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, Ottawa (Ontario), Canada.

Niveau : II

Ce document renseigne sur les aspects suivants : information sur les documents de référence, stratégies d'éducation communautaire et de prévention en matière de suicide chez les Amérindiens.

(225) Auteur(s) : Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (région du Pacifique).

Titre : Suicide Prevention Among British Columbia Indians: Guidelines for helpers.

Source : PNLAADA, région du Pacifique.

Forme : livret de renseignements.

Niveau : I.

Ce livret de renseignements s'adresse aux gens qui, à cause de leur travail dans la collectivité, sont appelés à s'occuper de gens qui menacent de se suicider ou qui sont là à regretter de ne pas avoir su reconnaître ni les signes ni les appels à l'aide. Aucun document ne saurait remplacer les soins que peuvent donner des personnes formées, mais les auteurs du livret entendent montrer comment on peut faire face aux situations d'urgence, bien voir les manifestations de dépression susceptibles de mener au suicide et conseiller les gens «à risque élevé» jusqu'à ce que l'on puisse obtenir une aide spécialisée. La plupart des Indiens vivent loin de toute source d'aide professionnelle. Même si des services d'aide sont disponibles, certains trouvent difficile de parler à un non-autochtone. Les membres de la collectivité doivent apprendre quoi et comment écouter et comment réagir.

(Introduction de livret de renseignements)

(226) Auteur(s) : Groupe d'étude national sur le suicide au Canada.

Titre : Le suicide au Canada.

Source : Santé et Bien-être social Canada, 1987; ISBN 0-662-15341-3, n° H39-107/1987F au catalogue.

Forme : rapport-livre.

Niveau : II.

Le suicide est une question complexe où les théories s'affrontent et beaucoup d'interrogations demeurent sans réponse. Ce rapport complet du Groupe d'étude national sur le suicide au Canada voit dans le suicide un geste, et non pas une maladie. Les auteurs définissent le problème du suicide d'un point de vue épidémiologique (prévalence du suicide et facteurs démographiques liés) et étiologique (causes du phénomène) et abordent la question de la collecte de données et du repérage de catégories démographiques fortement opposées : gens souffrant de certains troubles mentaux, jeunes, personnes âgées, gens qui abusent de l'alcool, autochtones, gens en détention ou en deuil. Le document expose les programmes de prévention, d'intervention et de postvention et leurs lacunes tant au niveau national que dans les populations à risque élevé. Il s'attache également aux aspects juridiques du suicide et de sa prévention. Il présente des recommandations, en particulier pour la recherche, et énumère en annexe en les décrivant brièvement les divers programmes de prévention, d'intervention et de postvention. Le document cite les taux de suicide au Canada pour la période 1960-1985 et les ventile selon les hommes, les femmes et les provinces ou territoires. En 1983, le taux national de suicide

s'élevait à 15,1 pour 100 000 habitants, chiffre supérieur à celui des États-Unis et d'un grand nombre de pays européens.

(227)

Auteur(s) :	Native Counselling Services of Alberta.
Titre :	Directory of suicide crisis services in Alberta.
Source :	Native Counselling Services of Alberta, Edmonton (Alberta), Canada, p. 1 à 176, 1985.
Forme :	livre.
Niveau :	II.

Les Native Counselling Services of Alberta se sont intéressés au problème du suicide chez les autochtones et ont créé un programme de prévention du suicide qui a permis de constituer ce répertoire paru en 1985. Des étoiles figurent en regard des diverses mentions et indiquent le degré d'utilisation par les autochtones et la disponibilité de personnel autochtone. Au nombre des régions desservies par les NCSA, on compte les districts de Calgary, Edmonton, Lac La Biche, Lethbridge, Rivière de la Paix, Lac des Esclaves, Wetaskiwin et Yellowhead. Au répertoire s'ajoutent une bibliographie et une liste d'organismes (en annexe).

(C.I.E.S.)

(228)

Auteur(s) :	Native Counselling Services of Alberta.
Titre :	Native Counselling Services of Alberta: Suicide prevention training package.
Source :	Native Counselling Services of Alberta, 164 p., 1985.
Forme :	livre.
Adresse :	Native Counselling Services of Alberta, Edmonton (Alberta), Canada.
Niveau :	II.

Bien que le programme SPTP (Programme de formation en prévention du suicide) des NCSA porte évidemment sur les activités de prévention, des essais sur le terrain ont prouvé que les aptitudes acquises grâce à cette formation peuvent être utiles dans toute situation d'intervention d'urgence. Le programme se divise en quatre modules : attitudes et connaissances, intervention en matière de suicide, la vie par la mort et ateliers communautaires. Pour chaque unité d'un module, on a prévu des guides pédagogiques, des exercices ou des documents à remettre. (Le document cite 49 références).

(C.I.E.S.)

(229)

Auteur(s) :	Neiger, B.L., et Hopkins, R.W.
Titre :	Adolescent suicide: Character traits of high-risk teenagers.
Source :	Adolescence, vol. 23(90) : 469 à 475, été 1980.

Forme : article de revue.

Adresse : Neiger, Mountain Community Health Choices, Park City, Utah, États-Unis.

Niveau : IV.

Les taux de suicide chez les adolescents augmentent et sont les plus élevés que l'on ait pu relever. Il est donc essentiel que les spécialistes de la santé, les conseillers et lse parents connaissent mieux les caractéristiques de l'adolescent à risque suicidaire élevé. L'article examine les traits de la personnalité et les circonstances de vie qui exposent davantage un adolescent au risque de suicide. Au nombre des variables examinées, on compte la dépression, le comportement suicidaire aigu, l'insuffisance des relations familiales, l'alcoolisme et les autres toxicomanies, la perte récente d'êtres chers et les échecs scolaires, pour ne citer que ces facteurs. Plus l'adolescent franchit sans encombre les périodes difficiles, plus les risques de suicide diminuent. Les intervenants spécialisés et les parents doivent être capables de reconnaître ces signes et de jouer un rôle actif en prévention ou en intervention.

(Medline)

(230) Auteur(s) : Nelson, F.L.

Titre : Evaluation of a Youth Suicide Prevention School Program.

Source : Adolescence, vol. 22(88) : 813 à 825.

Forme : article de revue.

Adresse : Nelson, Institute for Studies of Destructive Behaviours, Los Angeles, Californie, États-Unis 90006.

Niveau : IV.

Le phénomène du suicide chez les adolescents suscite une inquiétude croissante. En Californie, on s'est attaqué à ce problème en créant en 1983 par mandat législatif un programme scolaire de trois ans de prévention du suicide chez les jeunes. Les résultats des deux premières années d'activité indiquent une progression appréciable de la compréhension des techniques de prévention chez les élèves de l'école secondaire qui ont suivi un cours de 4 heures. Le personnel scolaire et les parents qui ont assisté aux séminaires de 90 minutes de sensibilisation au phénomène du suicide chez les jeunes ont dit avoir beaucoup apprécié les conseils pratiques qu'on leur a donnés et les ressources qu'on leur a indiquées pour les interventions auprès de jeunes à tendances suicidaires.

(Medline)

(231) Auteur(s) : Nelson, Franklyn L.

Titre : Suicide: Issues of prevention, intervention, and facilitation.

Source : Journal of Clinical Psychology, vol. 40(6) : 328 à 1333, novembre 1984.

Forme : article de revue.

Adresse : Nelson, Institute for Studies of Destructive Behaviors et Suicide Prevention Center, 1041, avenue Menlo sud, Los Angeles, Californie, États-Unis 90006.

Niveau : III.

En prévention du suicide, on incite le suicidaire à continuer à vivre malgré son désir de mourir. En revanche, l'intervention en matière de suicide est relativement plus neutre et ajoute au service de prévention une possibilité de facilitation de la mort. La notion d'intervention fait entrevoir le caractère approprié du suicide pour certaines personnes en état de détresse chronique, ainsi que l'érection de l'intervention «promort» en activité clinique valable. L'auteur met en parallèle le modèle d'intervention en matière de suicide qu'il propose et les buts et méthodes des services existants de prévention et de consultation d'urgence. Il aborde les questions de la mort «non appropriée», de la mort précoce, du sentiment ambivalent d'attraction vers la mort et de la poursuite de la vie malgré un état chronique d'insatisfaction.

(Résumé de revue)

(232) Auteur(s) : Neville, Dorren, et Barnes, Sharon.

Titre : The Suicidal phone call.

Source : Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, vol. 23(8) : 14 à 18, août 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Neville, Service de formation et d'éducation du personnel, Hôpital Waterford, chemin Waterford Bridge, St. John's (Terre-Neuve), Canada, A1E 4J8.

Niveau : II.

Ce document décrit une évaluation de «létalité» d'un suicidaire appelant un service-secours grâce à des questions précises portant sur les plans, les tentatives antérieures de suicide, les ressources disponibles et les facteurs de stress actuels. Il suggère comment parler à l'«appelant» en renforçant les réactions positives, en évitant de se faire l'écho des sentiments exprimés, en fournissant d'autres voies d'expression et en reconnaissant ouvertement la détresse de l'intéressé. Il fait valoir que la principale intervention consiste à inciter le suicidaire à continuer à parler. La négociation d'un «pacte de non-suicide» peut aider à mettre le suicidaire en rapport avec les services nécessaires d'intervention d'urgence et retarder les actes impulsifs d'autodestruction. Les auteurs insistent sur l'importance de consigner toutes les données utiles sur l'appel et de compléter la fiche en y portant les renseignements obtenus par la suite. Ils présentent enfin un spécimen de fiche d'appel de suicidaire.

(Psychological Abstracts)

(233) Auteur(s) : Service d'éducation de l'État de New York.

Titre : Suicide among school age youth.

Source : Service d'éducation de l'État de New York, décembre 1984.

Forme : livret de renseignements.

Adresse : Service d'éducation de l'État de New York, Albany, New York, États-Unis.

Niveau : I.

Ce livret de renseignements vise à aider le personnel scolaire à faire face au phénomène du suicide chez les jeunes en fournissant de l'information et en exerçant des activités de prévention, d'intervention et de postvention. L'avant-propos expose brièvement les problèmes qui peuvent pousser l'adolescent au suicide, ainsi que les effets d'un tel acte sur la famille, l'école et la collectivité. Il présente un message du lieutenant-gouverneur de New York, M. Del Bello, qui préconise la création d'une commission fédérale d'étude des causes et de la prévention du suicide chez les jeunes. Les auteurs poursuivent en citant des chiffres d'incidence du suicide et les raisons précises de la montée du suicide. Ils énumèrent les caractéristiques de la population «exposée» et abordent brièvement la question des activités de prévention, d'intervention et de postvention. Le bref guide d'identification et d'intervention proposé comprend une liste de contrôle en évaluation de risques, un exposé de règles de consultation et une liste de «faits et fables» concernant le phénomène du suicide. Le document présente en dernier lieu une liste de onze références et mentionne en annexe le nom et l'adresse des services de l'enfance et de la jeunesse des centres de psychiatrie de l'État de New York, des représentants régionaux de la Division de la jeunesse de l'État de New York, des directeurs des commissions d'hygiène mentale de l'État de New York et des services de comté, des centres antipoison du même État et des services-secours téléphoniques de prévention du suicide de la ville de New York.

(EPIC)

(234) Auteur(s) : Nissen, T., et Haggag, A.

Titre : Parasuicidal Snow-wandering in Arctic Northern Norway.

Source : Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 77(3) : 309 à 313, mars 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : Nissen, Hôpital psychiatrique Asg.ANG.ard, Norvège.

Niveau : IV.

On n'a pas fait d'étude poussée du phénomène de la morbidité mentale (psychiatrique) dans l'Arctique. Les variations saisonnières du climat et de l'alternance jour-nuit sont propres à cette région et imposent des contraintes particulières à la population. Le document présente trois études de cas d'acte parasuicidaire par errance en région de neige. Un des cas exposés rappelle l'«hystérie arctique» décrite chez les Esquimaux. Les auteurs étudient les raisons du choix de l'errance dans la neige comme façon de se suicider par rapport aux autres modes de suicide et avancent une hypothèse. Ils essaient enfin

d'expliquer l'amnésie post-errance par les facteurs psychologiques et physiologiques qui entrent en jeu.

(Medline)

(235) Auteur(s) : Ogden, M., Spector, M. I., et Hill, C.A.

Titre : Suicides and homicides among Indians.

Source : Public Health Reports, vol. 85(1) : 75 à 80, janvier 1970.Forme :article de revue.

Niveau : III.

Cette étude compare les statistiques du suicide et de l'homicide chez les Amérindiens à celles de la population américaine en général pour la période 1959-1967. Jusqu'en 1967, les taux bruts de ce groupe n'étaient que légèrement supérieurs (1,2 fois au maximum) à ceux de l'ensemble des races. Toutefois, en 1967, les taux ont monté et sont devenus le double de ceux de la population en général. Les tableaux 1 à 5 comparent les taux de suicide, de suicide-homicide et de suicide par âge des Indiens, des Esquimaux et des autres groupes raciaux américains.

(C.I.E.S.)

(236) Auteur(s) : Ojanlatva, Ansa, et coll.

Titre : The ultimate rejection: Helping the survivors of teen suicide victims.

Source : Journal of School Health, vol. 57(5) : 181 et 182, mai 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : II.

Ce document examine les effets d'un suicide d'adolescent sur les survivants et esquisse des consignes d'intervention éducative et administrative postaccident à l'intention des écoles.

(ERIC)

(237) Auteur(s) : Osgood, N.J.

Titre : The alcohol-suicide connection in late life.

Source : Postgraduate Medicine, vol. 81(4) : 379 à 384, mars 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Osgood, Département de gérontologie, Université du Commonwealth de Virginie, Collège médical de Virginie, Richmond, Virginie, États-Unis 23298-001.Niveau :III.

L'accumulation de pertes et de stress au déclin de la vie, qui s'accompagne souvent de sentiments de solitude et de dépression, expose tout particulièrement les personnes âgées

aux risques de l'alcoolisme et du suicide. Le risque de suicide est élevé chez l'alcoolique âgé. Les principaux facteurs de l'alcoolisme et du suicide du vieillard sont la dépression (qui se manifeste par des changements d'habitudes de sommeil et d'alimentation, des affections somatiques et de l'apathie), le stress et les pertes d'êtres chers, ainsi que les sentiments d'impuissance et de désespoir. Il est possible de dépister et de traiter efficacement l'alcoolisme chez les personnes âgées et de réduire ainsi les risques de suicide. La famille, les amis, le médecin et la société ont tous un rôle à jouer dans la prévention de l'alcoolisme du troisième âge.

(Medline)

(238)

Auteur(s) :	Ottens, Allen J.
Titre :	Evaluation of a crisis training program in suicide prevention for the campus community.
Source :	Crisis Intervention, vol. 13(1) : 25 à 40, 1984.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

On a demandé à 31 élèves, enseignants et agents d'un programme de formation en prévention du suicide (services d'urgence) de répondre à un questionnaire en préévaluation et en postévaluation. On a comparé les réponses des personnes interrogées aux réponses «expertes» de 7 spécialistes des services psychologiques de l'université. Malgré une corrélation généralement grande des réponses des participants et des spécialistes, on a trouvé des changements notables en postévaluation et l'auteur en examine l'importance dans le contexte de la prévention du suicide dans les collèges.

(Psychological Abstracts)

(239)

Auteur(s) :	Parkin, Michael.
Titre :	Suicide and culture in Fairbanks: A comparison of three cultural groups in a small city of interior Alaska.Source :Psychiatry, vol. 37(1) : 60 à 67, février 1974.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Parkin, Erie County Suicide Prevention and Crisis Service, Buffalo, New York, États-Unis.
Niveau :	II.

Ce document compare les tendances du suicide chez les non-autochtones (des Blancs en général), les Athabascans et les Esquimaux de la ville de Fairbanks. Les autochtones présentent par habitant un taux plus élevé de suicide ou de tentative de suicide que les Blancs. On y voit l'effet de la migration vers les villes d'autochtones troublés émotivement et des facteurs socio-culturels qui engendrent la frustration et la dévalorisation dans ce groupe à la ville. Les Esquimaux sont plus vulnérables que les Athabascans, car ils ont été

élevés dans un milieu plus protégé qui accroît leur dépendance à l'égard de conditions extérieures de soutien émotif.

(Psychological Abstracts)

(240)

Auteur(s) : Pary, R., Lippman, S., et Tobias, C.R.

Titre : A preventive approach to the suicidal patient.

Source : Journal of Family Practice, vol. 26(2) : 185 à 189, février 1988.

Forme : article de revue.

Adresse : Pary, Département de psychiatrie de sciences du comportement, École de médecine, Université de Louisville, Louisville, Kentucky, États-Unis 40208.

Niveau : IV.

Le médecin a la possibilité de prévenir les suicides. S'il est conscient de facteurs de risque de suicide comme la dépression, l'alcoolisme, les autres toxicomanies, la schizophrénie et les douleurs ou les affections chroniques, ses tâches de prévention s'en trouveront facilitées. On peut reconnaître la vulnérabilité suicidaire aiguë et chronique en posant directement des questions au patient. La consultation psychiatrique est indiquée pour les patients nettement exposés à des risques d'automutilation, exposition dont témoigneront des plans de disparition non déguisés, l'expression d'une intention de suicide ou des «gestes». On recommande habituellement l'hospitalisation des patients isolés socialement ayant des idées de suicide avouées et dont l'état est aggravé par des formes dangereuses d'auto-agression, de l'encéphalopathie ou une toxicomanie. Une participation de la famille et un pacte de «non-suicide» avec le patient, joints à des consultations «serrées» de suivi en clinique externe, devraient suffire dans le cas des gens nourrissant des pensées légères ou passagères de suicide sans intention manifeste de s'enlever la vie.

(Medline)

(241)

Auteur(s) : Peck, Michael L., Farberow, Norman L., et Litman, Robert E.

Titre : Youth suicide.

Source : Springer Publishing Company, New York, 1985; cote HV6546.Y68 1985, ISBN 0-8261-4480-2.

Forme : livre.

Niveau : III.

Ce document présente les grandes lignes de la conférence parrainée par l'Institute for Studies of Destructive Behavior et le Suicide Prevention Center à l'automne de 1980. On y trouve des textes mis à jour et refondus (sous la forme d'articles) sur le suicide chez les jeunes, dont les auteurs sont d'éminents auteurs ou chercheurs du domaine de la suicidologie. Au nombre des aspects abordés, on compte les fondements du

comportement autodestructeur, la recherche clinique et la recherche sur le terrain, la participation de la famille, le traitement pharmacologique, les soins psychiatriques, l'éducation en prévention (prévention primaire, activités à l'école, programmes, etc.), l'intervention, les mythes, les comportements, les troubles affectifs bipolaires et les études de cas. Dans une vue d'ensemble du sujet, les auteurs insistent sur la nécessité d'une éducation et de mesures de prévention directes. Ils présentent à la fin de l'ouvrage un résumé critique d'une foule de questions de diagnostic, de traitement, de prévention et d'hygiène mentale.

(242)

Auteur(s) :	Pelej, John P.
Titre :	Help your school survive a suicide.
Source :	Executive Educator, vol. 9(4) : 26 à 31, avril 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	renseignement non disponible.
Niveau :	II.

Ce document décrit les diverses étapes d'un plan de réaction à un suicide d'élève dans une école secondaire du Wisconsin. Ce plan prévoit le maintien de la journée scolaire normale et la prestation de services de consultation sous la direction d'une équipe d'«entrevue» (formée de conseillers, de travailleurs sociaux et d'enseignants) capable, par sa formation, d'aider les gens à bien réagir à une situation de suicide. L'auteur présente enfin des trucs qui permettront de «gérer» les effets d'un acte de suicide.

(ERIC)

(243)

Auteur(s) :	Pélicier, Yves.
Titre :	En torno a la historia del suicidio [De l'histoire du suicide].
Source :	Psicopatología, vol. 5(2) : 85 à 89, avril-juin 1985.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

L'auteur fait l'historique des notions de suicide depuis l'époque des Stoïques grecs jusqu'aux XIX^{e} et XX^{e} siècles. Le lien entre suicide et religion ou signification est une notion fondamentale de l'étude du suicide et a d'importantes répercussions sur les efforts de prévention. Le suicide est un phénomène rare là où il n'y a pas de maladie, de malheur ni de perte de bien-être.

(Psychological Abstracts)

(244)

Auteur(s) :	Peniston, Eugene G.
Titre :	The ego strength scales as a predictor of Ute Indian suicide risk.
Source :	White Cloud Journal, vol. 1(2) : 17 à 19, automne 1978.

Forme : article de journal.

Adresse : Peniston, US Public Health Service, Indian Health Center, Roosevelt, Utah, États-Unis.

Niveau : III.

Les résultats MMPI de l'application d'échelles d'appréciation de la dépression et de la force de l'ego à un échantillon aléatoire de 30 Utes suicidaires âgés de 17 à 59 ans (en clinique externe) ont été mis en corrélation avec le nombre de tentatives de suicide et le nombre de tentatives en contexte de consommation d'alcool. On a jugé qu'il y avait corrélation significative entre les résultats bruts de l'échelle de la force de l'ego et le nombre de tentatives. Tous les patients à faible marque pour la force de l'ego avaient bu de l'alcool lors de leur tentative de suicide.

(Psychological Abstracts)

(245) Auteur(s) : Pentikäinen, Juha.

Titre : Voluntary death and single battle: Suicidal behavior and Arctic world views.

Source : Psychiatria Fennica, supplément, p. 123 à 136.

Forme : article de revue.

Adresse : Pentikäinen, Université d'Helsinki, Helsinki, Finlande.

Niveau : II.

Ce document traite du phénomène du suicide dans les populations autochtones de l'Arctique d'un point de vue culturel et social. En Sibérie, la mort volontaire (cas où une personne demande à des amis de la tuer) est répandue chez les Tchouktches, qui voient dans la mort violente une issue plus appropriée que la mort par la maladie ou la vieillesse. D'autres tribus considèrent le suicide comme un mort honorable ou une nécessité pour la personne que frappe la honte. Chez les Aléoutes, le suicide est devenu plus courant à cause de la persécution des Russes et on peut assimiler ce genre de suicide à de l'ethnocide. On sait que les Aléoutes peuvent aussi mettre fin à leurs jours en réaction au décès d'un être cher. Pour leur part, les Esquimaux acceptent le suicide et le tiennent pour un acte d'extrême bravoure. Chez les Kaskas, les hommes en état d'ébriété sont susceptibles d'attenter à leurs jours. On fait souvent des tentatives de suicide pour attirer l'attention sur des besoins émotifs à combler. L'auteur met enfin la notion de suicide dans le contexte de la conception du monde des habitants de l'Arctique et parle des religions autochtones, des structures sociales et des concepts de la mort et de l'âme.

(Psychological Abstracts)

(246) Auteur(s) : Perrone, Philp A.

Titre : Counselor response to adolescent suicide.

Source : School Counselor, vol. 35(1) : 51 à 57, septembre 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : II.

Ce document présente les principaux résultats de la recherche sur le suicide dans l'adolescence, présente une chronologie du suicide élaborée par Hawton (1986) et cite certains documents de référence. Il expose cinq buts de l'intervention du conseiller auprès de l'élève à risque suicidaire et explique comment le personnel scolaire peut contribuer à la prévention du suicide chez les adolescents.

(ERIC)

(247) Auteur(s) : Peters, R.

Titre : Un système d'information automatisé dans un centre de prévention du suicide.

Source : Santé mentale au Canada, vol. 34(3) : p. 2 à 4, septembre 1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada T3C 0J7.

Niveau : III.

Ce document décrit les activités de planification et de réalisation d'un système informatique de données destiné à un service de consultation en matière de tentatives de suicide. L'auteur fait ressortir l'importance a) d'une participation du personnel d'exécution à toutes les étapes, b) d'une définition nette de l'usage qui sera fait de l'information et c) de l'établissement d'une «tribune» d'examen périodique de l'état du système. L'auteur décrit enfin les possibilités retenues en ce qui concerne le matériel et les logiciels.

(C.I.E.S.)

(248) Auteur(s) : Peters, Ron.

Titre : Suicidal behavior among Native Americans: An annoted bibliography.

Source : White Cloud Journal, vol. 2(3) : 9 à 21, 1981.

Forme : article de revue.

Adresse : Peters, , 1959, rue Grant, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada V5L 2Z1.

Niveau : II.

Cette bibliographie annotée sur les comportements suicidaires chez les Amérindiens, les autochtones du Canada et ceux de l'Alaska comprend 65 notices d'articles parus dans des revues savantes, publiés par le gouvernement fédéral ou présentés à d'importantes

conférences. Ces articles portent sur les aspects anthropologiques, médicaux et psychologiques. Les notes visent la conception, les résultats et les conclusions des études et évoquent brièvement les limites et l'utilité des articles.

(Psychological Abstracts)

(249)

Auteur(s) : Peters, Ron, et Termansen, Paul E.

Titre : Trends in the demography of suicide in Canada.

Source : Groupe d'étude de Santé et Bien-être social Canada sur le suicide, mai 1982.

Forme : rapport.

Adresse : Termansen, 1415, avenue Bellevue, Vancouver- Ouest (Colombie-Britannique), Canada V7T 1C3.

Niveau : III.

Les cas de suicide signalés au Canada ont beaucoup augmenté depuis 20 ans en valeur relative (proportion de tous les décès) et absolue (taux d'incidence annuel pour 100 000 habitants). On estime à plus de 2 millions d'années de vie les pertes annuelles imputables au suicide au Canada. Malgré les taux uniformément supérieurs relevés chez les hommes, le rythme de l'augmentation a été plus rapide chez les femmes, comme en témoigne la diminution importante du rapport des taux masculins et féminins. Le groupe d'âge modal est formé de gens âgés de 40 à 64 ans et les taux de suicide ont tendance à fléchir et avant et après l'âge mûr. On relève toutefois les augmentations relatives les plus marquées dans les tranches d'âge les plus jeunes. Ainsi, le taux de suicide chez les hommes de 10 à 19 ans s'est accru d'environ 750 % depuis un demi-siècle. Par contraste, le taux des autres groupes d'âge masculins n'a que peu varié depuis 53 ans. Chez les gens âgés de 70 ans et plus, le suicide a même reculé, mais légèrement.

(Résumé de rapport)

(250)

Auteur(s) : Pfeffer, Cynthia R.

Titre : Suicidal fantasies in normal children.

Source : The Journal of Nervous and Mental Disease, vo.l 173(2) : 78 à 83, 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Pfeffer, Division de Westchester de l'Hôpital de New York, 21, chemin Bloomingdale, White Plains, New York, États-Unis 10605.

Niveau : III.

Cette étude d'un échantillon aléatoire de 101 élèves sans antécédents de symptômes psychiatriques indique qu'environ 12 % des enfants avaient des impulsions de suicide. Le document rapporte intégralement ce qu'ont dit ces élèves sur leurs tendances suicidaires. Les études de cas font voir le caractère courant de la dépression et du comportement

suicidaire chez les parents et l'identification de l'enfant à ses parents déprimés. L'auteur examine enfin les conséquences cliniques de ces constatations.

(Résumé de revue)

(251)

Auteur(s) :	Phillips, David P. et Carstenson, Lundie L.
Titre :	Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide.
Source :	The New England Journal of Medicine, vol. 315(11) : 685 à 689, septembre 1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Phillips, Département de sociologie, Université de Californie à San Diego, La Jolla, Californie, États-Unis 92093.
Niveau :	III.

Les auteurs ont examiné les liens entre 38 nouvelles ou reportages sur le suicide à la télévision nationale de 1973 à 1979 et la variation du taux de suicide chez les adolescents américains avant et après les présentations. Jusqu'à 7 jours après les reportages, on avait observé dans ce groupe d'âge un nombre de suicides (1666) jugé passablement supérieur au nombre à prévoir (1555; P : 0,008). Plus le nombre de réseaux diffuseurs était élevé, plus le nombre de suicides avait tendance à s'accroître par la suite (P : 0,0004). Ces constatations n'ont pas changé même après prise en compte des effets du jour de la semaine, du mois, des jours de repos et de congé et des tendances annuelles. Chez les adolescents, la montée du suicide a excédé celle qui a été constatée chez les adultes après la diffusion de reportages sur le suicide (6,87 contre 0,45 %). Le nombre de suicides a augmenté autant après la présentation d'informations générales ou de reportages sur le suicide qu'après celle de nouvelles sur des suicides particuliers. On a évalué six explications possibles de ces résultats, dont la possibilité d'erreurs de classement des données ou de déformations statistiques. On peut conclure que la meilleure explication offerte est que les reportages télévisés sur le suicide font monter les taux de suicide, peut-être à cause du phénomène de l'imitation.

(Article de revue)

(252)

Auteur(s) :	Philips, David P., et Wills, John S.
Titre :	A drop in suicide around major national holidays.
Source :	Suicide and Life-Threatening Behaviour, vol. 17(1), p. 1 à 12, printemps 1987.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Les auteurs ont examiné les suicides de la période 1973-1979. Pour le Jour du Souvenir, l'Action de grâces et Noël, ils ont constaté que le risque de suicide était inhabituellement bas avant, pendant et après le jour férié. Dans le cas du Nouvel An, du 4 juillet et du Jour

du Travail, le risque était petit avant et grand juste après. Les tendances étaient différentes uniquement pour les adolescents blancs.

(ERIC)

(253) Auteur(s) : Pine, Charles J.

Titre : Suicide in American Indian and Alaska Native tradition.

Source : White Cloud Journal of American Indian/Alaska Native Mental Health, vol. 2(3) : 3 à 8, 1981.

Forme : article de revue.

Adresse : Pine, American Indian Studies Center, 405, avenue Hilgard, UCLA, Los Angeles (Californie), États-Unis 90024.

Niveau : III.

Le suicide n'est pas un phénomène nouveau chez les Amérindiens et les autochtones de l'Alaska. Ce document examine la tradition du suicide dans les tribus de diverses régions culturelles, ainsi que ses motifs et ses méthodes. Certaines traditions tranchent sur la situation moderne en ce qui concerne notamment les taux de suicide plus élevés (depuis toujours) chez les femmes que chez les hommes. Beaucoup de tribus croyaient que les suicidés n'avaient pas accès au monde de l'au-delà, mais dans certaines circonstances le suicide était considéré comme légitime. Malgré ces sanctions occasionnelles, le suicide semble avoir été peu fréquent dans les tribus précolombiennes.

(Résumé de revue)

(254) Auteur(s) : Pohlmeier, Hermann.

Titre : Suicide and euthanasia Special types of partner relationships.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 15(2) : 117 à 123, été 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document s'attache à la double question du suicide et de l'euthanasie dans le contexte des relations médecin-patient. L'auteur préconise une nouvelle évaluation de la prévention du suicide et de l'euthanasie, surtout en ce qui concerne la formation des étudiants en médecine et des médecins.

(ERIC)

(255) Auteur(s) : Polk, Sophie.

Titre : Helping our children.

Source : Children Today, vol. 16(5) : 19 et 20, septembre-octobre 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : II.

Ce document décrit le projet Ikaiyurluke Mikelnguut («Aider nos enfants») réalisé dans le delta Yukon Kuskokwim de l'Alaska où des intervenants du pays formés aident les villageois esquimaux Yupik à bien réagir à des situations de crise, et notamment à des cas de suicide et de toxicomanie (alcoolisme et autres toxicomanies) d'adolescents.

(ERIC)

(256) Auteur(s) : Pollard, Robert.

Titre : Your role in suicide prevention.

Source : Perspective for Teachers of the Hearing Impaired, vol. 5(1) : 19 à 22, septembre 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : I.

Cet article qui porte sur les interventions auprès de suicidaires malentendants est d'une portée relativement générale. La préévaluation de dix questions sur le suicide sonde les connaissances du lecteur sur la question. Le suicide est la troisième cause de décès en importance chez les jeunes gens et se produit souvent chez les gens souffrant de problèmes auditifs. La prévention et l'intervention en matière de suicide peuvent être très efficaces quand les intervenants sont en contact quotidien avec les jeunes gens. Quand on observe des indices de comportement suicidaire, on devrait prendre la situation en charge en s'engageant, en écoutant et en faisant participer d'autres personnes. On peut juger du risque de suicide par le nombre et l'intensité des facteurs suivants : indices verbaux, indices comportementaux, facteurs de stress, antécédents, plans et ressources du suicidaire. Les trois éléments de la démarche d'intervention décrite dans l'arbre de décision relatif au suicide sont l'observation, l'enquête et l'intervention (avec le surveillant).

(257) Auteur(s) : Prasad, Ashoka J.

Titre : Neuroendocrine differences between violent and non-violent parasuicides.

Source : Neuropsychobiology, vol. 13(4) : 157 à 159, septembre 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Prasad, Hôpital d'obstétrique Queen Charlotte, Londres, Angleterre.

Niveau : III.

On a fait une étude comparative de 13 patients de sexe masculin qui avaient usé de moyens violents de parasuicide (saut dans le vide ou pendaison, par exemple) et de

19 patients du même sexe qui s'étaient lacéré les poignets en examinant les valeurs 24 heures de cortisol urinaire et du ratio norépinéphrine-épinéphrine urinaire. Les sujets étaient âgés de 31 à 57 ans. Quinze souffraient de troubles dépressifs, un était schizophrène et les autres n'avaient pas de maladie mentale. Tous les patients déprimés prenaient des antidépresseurs et le schizophrène, des neuroleptiques. Les résultats de l'examen urinaire 24 heures du fonctionnement endocrinien, qui a été répété chaque semaine pendant une période de 4 semaines, indiquent que les parasuicidés violents présentent une valeur 24 heures de cortisol urinaire beaucoup plus élevée et un ratio norépinéphrine-épinéphrine 24 heures beaucoup plus bas. L'auteur fait voir que ces tests, s'ils sont utilisés avec les autres modes établis de «marquage» neuro-endocrinien, pourraient aider à la constatation de l'intention de suicide.

(Psychological Abstracts)

(258)

Auteur(s) :	Resnik, J.L.P., et Dizmang, Larry H.
Titre :	Observations on suicidal behavior among American Indians.
Source :	American Journal of Psychiatry, vol. 127(7) : 882 à 887, janvier 1971.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Les auteurs examinent les facteurs socio-culturels qui ont porté les taux de suicide relevés dans certaines réserves indiennes à un niveau bien supérieur à la moyenne nationale. Au nombre des principaux facteurs, on compte l'effondrement du système de valeurs traditionnel et les caractéristiques du comportement déterminées par le confinement à des réserves, l'isolement géographique, le chômage débridé et une incidence élevée de l'alcoolisme.

(Résumé de revue)

(259)

Auteur(s) :	Reynolds, David K.
Titre :	Morita therapy and suicide prevention.
Source :	Crisis, vol. 5(1) : 37 à 44, juillet 1984.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Reynolds, ToDo Institute, Los Angeles (Californie), États-Unis.
Niveau :	III.

Ce document décrit la méthode thérapeutique mise au point par Morita, un professeur de psychiatrie japonais des années 1920, et qui est toujours appliquée au Japon et a même été adaptée à une clientèle occidentale. Dans sa philosophie, Morita fait valoir que les émotions, et notamment celles qui présentent un caractère suicidaire, ne peuvent être maîtrisées par le seul effort mental, mais peuvent subir l'influence du comportement dirigé. Sans oublier, rejeter ni tenter de supprimer ses sentiments, une personne peut

construire sa vie sur le comportement et sur l'attention consacrée à l'activité de chaque moment. Le cas d'un patient de sexe masculin qui éprouvait des sentiments d'autodestruction liés à une panique d'homosexualité illustre comment le thérapeute travaille avec le malade non pas à la suppression des impulsions autodestructrices, mais à une évolution susceptible de faire passer celles-ci au second plan.

(Psychological Abstracts)

(260)

Auteur(s) : Reynolds, David K., et Farberow, Norman L.

Titre : Suicide: Inside and out.

Source : University of California Press, Berkeley, 1976; cote RC 569.R49, ISBN 0-520-03103-2.

Forme : livre.

Adresse : University of California Press, Berkeley (Californie), États-Unis.

Niveau : III.

Un des auteurs, un anthropologue se faisant passer pour un suicidaire en proie à la dépression, a été admis dans un hôpital neuropsychiatrique de la Veterans Administration dans le cadre d'une étude expérimentale. Celle-ci visait à compléter les données recueillies par des moyens classiques comme l'analyse des dossiers, l'observation et l'interrogation du personnel et des patients par le point de vue d'un malade présentant toutes les garanties de crédibilité. En première partie, l'ouvrage examine la documentation spécialisée et livre des renseignements généraux sur les études réalisées antérieurement dans des hôpitaux neuropsychiatriques. La description de l'étape de préparation et d'organisation de l'étude met l'accent sur le point de vue du personnel en ce qui concerne les patients et l'état suicidaires. En troisième partie, les auteurs présentent le point de vue complémentaire d'un patient grâce aux expériences faites par l'anthropologue à l'hôpital. Ils dégagent de l'analyse de l'ensemble des données un cadre général de compréhension du phénomène du suicide pendant et peu après l'hospitalisation en établissement psychiatrique. Ils présentent enfin des suggestions de prévention fructueuse.

(261)

Auteur(s) : Reynolds, P., et Eaton, P.

Titre : Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department.

Source : Revue canadienne de psychiatrie, vol. 31(4) : 328 à 330, mai 1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada T3C 0J7.

Niveau : III.

On a soumis à des échelles d'appréciation de létalité, d'intention et de désespoir des données sur 463 patients automutilés où 99 auteurs de tentatives multiples de suicide étaient comparés aux auteurs d'une première tentative. On a ainsi pu constater que 14 % des gens qui attentaient à leurs jours souffraient d'un mal chronique. Les auteurs de tentatives multiples présentaient une plus grande chronicité, une plus grande insuffisance d'adéquation dans le comportement suicidaire et des antécédents de toxicomanie. Les résultats étaient également plus élevés chez les récidivants pour la létalité et la dépression. Leur comportement était moins impulsif et ils admettaient plus volontiers leur geste de parasuicide.

(C.I.E.S.)

(262)

Auteur(s) :	Robertson, B.M., Campbell, W., et Crawford, E.
Titre :	Risk versus motivation: The emergency room treatment of attempted suicide.
Source :	Revue canadienne de psychiatrie, vol. 32(2) : 136 à 142, mars 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Robertson, Université McGill, Montréal (Québec), Canada.
Niveau :	III.

Ce document porte sur des patients qui ont attenté à leurs jours et aborde la question de l'évaluation en service des urgences. Il indique que, comme les risques réels d'acte de suicide réussi sont faibles chez les auteurs de tentative de suicide, le psychiatre évaluateur devrait s'employer de préférence à apprécier les motifs de comportement autodestructeur chez son patient. Les auteurs examinent des études récentes qui font le lien entre les actes d'autodestruction et l'état des relations avec des êtres chers. Ils présentent une étude de cas en guise d'illustration.

(Medline)

(263)

Auteur(s) :	Robins, Eli.
Titre :	Suicide.
Source :	Comprehensive Textbook of Psychiatry IV (4^{e} édition, éd. Harold I. Kaplan et Benjamin J. Sadock, Williams & Williams, Baltimore, 1985, p. 1311 à 1315.
Forme :	manuel; cote RC454C637 1985, ISBN 0-683-04511-3.
Adresse :	Williams & Williams, 428, rue Preston est, Baltimore, Maryland, États-Unis 21202.
Niveau :	III.

Comme des facteurs comme l'hystérie et la personnalité antisociale sont plus souvent liés à la tentative de suicide qu'à l'acte de suicide réussi, on établit une distinction entre les deux. Les actes de suicide réussis semblent avoir des liens plus forts avec l'alcoolisme

ou la phase dépressive de troubles de l'affectivité qu'avec la maladie mentale ou d'autres affections. On associe fréquemment aussi le sentiment de désespoir à l'acte de suicide réussi. Les malades en phase terminale se suicident rarement, bien que les auteurs d'acte de suicide réussi croient parfois souffrir d'une maladie incurable ou terminale. Le suicide de personnes apparemment en santé pourrait être causé par un état non diagnostiqué. Les données démographiques de prévision du suicide indiquent que les hommes ont trois fois plus de chances que les femmes d'aller au bout d'un acte de suicide, que l'acte de suicide réussi est deux fois plus fréquent chez les Blancs que chez les Noirs et que le risque de suicide chez les Blancs augmente avec l'âge. De 50 % à 80 % des suicidés ont fait part de leur intention de suicide au préalable. D'autres facteurs de prévision qui ont plus de chances de jouer dans le cas d'un état chronique comme l'alcoolisme que dans celui d'un état épisodique comme les troubles affectifs sont la mort d'un proche, le stress au travail, la maladie physique et les problèmes d'ordre scolaire, matrimonial ou sexuel. Une hospitalisation immédiate en milieu psychiatrique fermé est indiquée pour les gens «exposés». L'auteur préconise l'amélioration des critères d'hospitalisation, la réalisation de programmes d'éducation du public et une diversité de mesures comme la réglementation des armes à feu et la recherche sur les troubles affectifs.

•Le document compte également de petits chapitres sur les comportements dangereux, le suicide chez l'adolescent, l'euthanasie, le suicide et l'incarcération.

(264)

Auteur(s) :	Rosenberg, M.L., Smith, J.C., Davidson, L.E., et Conn, J.M.
Titre :	The emergence of youth suicide: An epidemiologic analysis and public health perspective.
Source :	Revue canadienne de santé publique, vol. 8 : 417 à 440, 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Rosenberg, Division of Injury Epidemiology and Control, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgie, États-Unis 30333.
Niveau :	III.

Cette étude épidémiologique essaie de dégager, par un examen des données des actes de décès, les grandes tendances du phénomène du suicide aux États-Unis. Le taux global de suicide n'a pas varié entre 1950 et 1980, mais des changements fondamentaux se sont produits : les taux de suicide ont connu une augmentation marquée chez les jeunes gens et diminué chez les gens âgés. Là où la hausse a été la plus considérable, c'est chez les jeunes Blancs âgés de 15 à 24 ans. De 1950 à 1980, les taux des Blancs de sexe masculin âgés de 15 à 19 ans ont progressé de 305 %, contre 196 % chez les Blancs de même sexe âgés de 20 à 24 ans. Le pourcentage de suicide par usage d'une arme à feu a aussi beaucoup augmenté, surtout chez les jeunes gens, hommes et femmes. Cette évolution fondamentale des tendances du suicide aux États-Unis a de profondes répercussions sur la façon dont les organismes d'hygiène mentale et de santé publique abordent le problème du suicide. On voit depuis longtemps dans celui-ci un problème de santé mentale et la

démarche de prévention est fondée sur l'image que l'on se fait du suicidaire type, que l'on dépeint comme un Blanc de sexe masculin d'un certain âge et déprimé. La stratégie de prévention de base vise au dépistage et au traitement de la dépression. Si la plupart des jeunes gens à risque suicidaire élevé ne sont pas déprimés comme semblent l'indiquer des recherches récentes, toute l'orientation de la prévention doit être repensée. Il est urgent que nous essayions de réévaluer et de parfaire notre compréhension des causes du suicide. Quels sont les gens les plus exposés et que peut-on faire pour prévenir leur mort par suicide? On a pensé que la consommation accrue de drogues et d'alcool était une cause possible de la montée du suicide, mais ce n'est qu'une hypothèse parmi d'autres qui doit être vérifiée. Dans le cas des jeunes gens âgés de 15 à 24 ans, on doit s'attacher à l'importance de la maladie mentale, des suicides groupés et de la contagion, et de la disponibilité d'armes à feu comme deuxième cause de décès possible en importance. Les autorités du domaine de la santé publique devraient considérer comme hautement prioritaire un problème de cette ampleur dans la planification et la réalisation d'activités de recherche et d'intervention.

(Medline)

(265)

Auteur(s) :	Ross, Colin A., et Davis, Brian.
Titre :	Suicide and parasuicide in a Northern Canadian Native community.
Source :	Revue canadienne de psychiatrie, vol. 3(4) : 331 à 334, mai 1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Ross, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada.
Niveau :	III.

Ce rapport décrit le phénomène du suicide et du parasuicide dans une petite collectivité autochtone éloignée du Nord canadien sur une période de trois ans (1981-1984). Le taux global de suicide observé a été de 77 pour 100 000 habitants. Le taux s'établissait à 241 chez les Indiens inscrits de sexe masculin âgés de 20 à 24 ans. Le parasuicide par surdose prenait des proportions épidémiques avec un taux de 7 772 pour 100 000 habitants chez les Indiens inscrits de sexe féminin âgés de 15 à 19 ans. Dans les cas d'acte de suicide réussi, on ne relevait ni lien antérieur avec les services d'hygiène mentale ni antécédents de parasuicide. Les auteurs examinent l'incidence de ces chiffres sur le plan de la santé publique.

(Résumé de revue)

(266)

Auteur(s) :	Rotheram, M.J.
Titre :	Evaluation of imminent danger for suicide among youth.
Source :	American Journal of Orthopsychiatry, vol. 57(1) : 102 à 110, janvier 1987.
Forme :	article de revue.

Adresse : Rotheram, College of Physicians and Surgeons, Université Columbia, New York, État de New York, États-Unis 10027.

Niveau : III.

Ce document examine les problèmes que posent les stratégies actuelles d'évaluation des risques de suicide et propose une méthode à deux degrés d'appréciation du danger imminent de suicide chez les adolescents. Il présente d'abord des données statistiques sur les facteurs de risque et évalue ensuite la capacité d'«adéquation» par l'obtention d'une promesse écrite de non-suicide et le fait d'amener le jeune suicidaire à jauger ses sentiments et à reconnaître ses mérites et ceux des autres. L'auteur élabore enfin un plan de réaction à des circonstances de suicide.

(Medline)

(267) Auteur(s) : Roy, Alec, et Linnoila, Marku.

Titre : Alcoholism and suicide.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(2) : 244 à 273, été 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document passe en revue les connaissances sur le suicide en contexte d'alcoolisme. Les auteurs évoquent la fréquence du suicide chez les alcooliques et se demandent quels alcooliques se suicident et pourquoi. Ils s'attachent également aux aspects suivants : suicide chez les femmes et les médecins alcooliques, facteurs biologiques possibles de prédisposition, liens éventuels avec la dépression, les viscissitudes de la vie et les troubles de la personnalité, futures recherches et futures orientations.

(ERIC)

(268) Auteur(s) : Sadoff, Wallace L., et Crandall, Arlene B.

Titre : A multidisciplinary team suicide prevention program.

Source : Document présenté à la 19^{e} réunion annuelle de la National Association of School Psychologists (Nouvelle-Orléans, Louisiane), 13 p., 4 au 8 mars 1987.

Forme : manuscrit.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : III.

En réaction à l'épidémie récente de suicides, de nombreux districts scolaires se sont efforcés de concevoir une procédure de prévention du suicide. En 1983, le district scolaire central Smithtown à St. James, New York, a mis au point une procédure à l'aide de données de recherche sur les signes précurseurs et les facteurs de risque de suicide chez l'enfant. Il s'agit d'une démarche d'équipe pluridisciplinaire en matière de prévention du suicide. En faisant intervenir tous les spécialistes dans le cadre de l'école, cette procédure

combat l'impulsion suicidaire à son niveau le plus fondamental. Grâce à la procédure établie, on crée un réseau de soutien de l'enfant suicidaire, atténuant ainsi les sentiments écrasants d'isolement. Ce réseau finit par embrasser toute la collectivité par une participation des parents, une présentation destinée aux groupes d'action civique locaux et des contacts directs avec les hôpitaux, les cliniques et les médecins de pratique privée. Les auteurs s'attachent aux signes avant-coureurs et aux facteurs de risque et décrivent la démarche de prévention de Smithtown. Ils présentent des études de cas de risque faible, moyen ou élevé pour illustrer le rôle que jouent les membres de l'équipe pluridisciplinaire à tous les stades du déroulement de la crise.

(ERIC)

(269) Auteur(s) : Saffer, Jerry B.

Titre : Group therapy with friends of an adolescent suicide.

Source : Adolescence, vol. 21(83) : 743 à 745, automne 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document décrit un groupe d'adolescents qui ont rencontré un thérapeute après le suicide d'un ami. Il s'agissait de discuter des sentiments suscités par cet acte de suicide. L'auteur s'attache à la composition du groupe, à l'explication des difficultés de la victime et aux questions abordées par le groupe.

(ERIC)

(270) Auteur(s) : Safran, Stephen, P., et Lehman, Cynthia, J.

Titre : Suicidal behavior in preadolescent children: A growing concern.

Source : Journal of Special Education, vol. 11(1) : 17 à 22, 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : II.

Le phénomène du suicide en préadolescence semble s'aggraver, bien que moins de 1 % des suicidaires de ce groupe d'âge réussissent à s'enlever la vie. Les auteurs dégagent plusieurs facteurs de risque élevé de suicide en préadolescence, dont la dépression, les éléments pathologiques familiaux et la notion que se fait l'enfant de la mort. Les éducateurs devraient aiguiller les enfants qui menacent ou essaient de se suicider vers les services d'hygiène mentale.

(ERIC)

(271) Auteur(s) : Santora, D., et Starkey P.

Titre : Research studies in American Indian suicides.

Source : Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, vol. 20(8) : 25 à 29, 1982.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document examine un certain nombre d'études et de documents de recherche sur le phénomène du suicide dans les tribus amérindiennes du Sud-Ouest et du Nord-Ouest. D'après les auteurs, les recherches indiquent que la motivation du suicide chez les Amérindiens vient autant d'influences socio-culturelles que de variables intrapsychiques. L'acculturation et l'intégration provoquent de plus en plus une crise d'identité, surtout chez les jeunes.

(C.I.E.S.)

(272) Auteur(s) : Sartorius, Norman.

Titre : Introduccio~ al Simposio Internacional sobre el suicidio [Introduction aux délibérations du Symposium international sur le suicide].

Source : Psicopatologia, vol. 5(2) p. 81 à 84.

Forme : article de revue

Adresse : Sartorius, Division de la santé mentale de l'OMS, Genève (Suisse).

Niveau : III.

Le document analyse des données épidémiologiques sur le phénomène du suicide en Europe, dégage des tendances et expose des stratégies de prévention. C'est en Grèce et en Hongrie respectivement que l'on observe les taux de suicide les plus bas et les plus élevés en Europe. Les taux semblent augmenter chez les adolescents, les femmes et les personnes âgées. Une activité fondamentale de prévention du suicide est l'identification des groupes à risque élevé et la mise en oeuvre de moyens d'intervention efficaces au profit de ces mêmes groupes.

(Psychological Abstracts)

(273) Auteur(s) : Schuckit, Marc A., et Schuckit, Judith J.

Titre : Substance use and abuse: A risk factor in youth suicide.

Source : Secretary's Task Force on Youth Suicide Conference, mai 1986.

Forme : document de recherche.

Adresse : Secretary's Task Force on Youth Suicide. Bethesda, Maryland, États-Unis.

Niveau : III.

Ce document donne un aperçu des liens entre l'usage ou l'abus de substances toxiques et le comportement suicidaire chez les adolescents. Les auteurs commencent d'abord par dresser un tableau épidémiologique des tentatives et des actes de suicide réussis et concluent à une montée générale de ces comportements depuis 20 ans dans tous les groupes d'âge, et notamment chez les jeunes gens. Ils poursuivent la description du rapport entre autodestruction et consommation de toxiques par des observations sur la toxicomanie comme moyen d'expression du comportement suicidaire, l'ingestion de substances toxiques immédiatement avant une tentative, l'incidence élevée de l'auto-agression (que confirment les études longitudinales des cas d'abus de substances chimiques) et la relation relativement étroite entre cet abus et le suicide chez les malades mentaux. Au nombre des facteurs peut-être importants, mais pour lesquels on constate une relation moins directe entre toxicomanie et suicide, on compte les risques plus grands d'apparition de ces deux problèmes dans le contexte de certains troubles à apparition précoce comme les troubles de la personnalité à caractère antisocial ou limite et les troubles de la sommatisation. Le document s'attache en outre aux liens éventuellement importants entre abus et auto-agression sous l'angle des influences génétiques dans l'alcoolisme, les troubles de l'affectivité et la schizophrénie. Il étudie enfin certaines des conséquences de ces résultats sur le plan clinique et dans le domaine de la recherche.

(Résumé de rapport)

(274)

Auteur(s) :	Seiden, Richard H.
Titre :	Mellowing with age: Factors influencing the nonwhite suicide rate.
Source :	International Journal of Aging and Human Development, vol. 13(4) : 265 à 284, 1981.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Seiden, Écode de santé publique de l'Université de Californie, Berkeley, Californie, États-Unis.
Niveau :	III.

La répartition par âge des taux de suicide chez les Blancs et dans le reste de la population fait voir des divergences marquées et uniformes : les taux de suicide chez les Blancs augmentent avec l'âge, mais ceux du reste de la population culminent pendant la jeunesse et fléchissent à l'âge mûr et après. L'auteur avance six hypothèses pour expliquer cette divergence : 1) différences d'espérance de vie; 2) épuisement déviant; 3) non-prise en compte des cas de prédisposition à la violence; 4) rôle et situation des personnes âgées; 5) valeurs traditionnelles; 6) motifs spécifiques aux groupes d'âge. L'analyse des hypothèses élaborées indique qu'elles ne vont pas dans le sens d'une réduction des taux de suicide chez les non-Blancs âgés, contribuant ainsi à l'écart d'âge observé en ce qui concerne les taux de suicide chez les Blancs et les non-Blancs.

(275)

Auteur(s) :	Seva, Diaz A.
Titre :	Los intentos de suicidio [tentatives de suicide].

Source : Psiquis: Revista de Psiquiatria, Psicologia y Psicosomática, vol. 5(6) : 9 à 21, novembre-décembre 1984.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document examine les diverses catégories de tentatives de suicide et expose les différentes stratégies d'évaluation du caractère létal des tentatives. Il s'attache aux stratégies de prévention primaire et secondaire des comportements suicidaires, et notamment à la création de centres de prévention du suicide.

(Psychological Abstracts)

(276) Auteur(s) : Sharling, Shlomo A., et Shenhar, Aliza.

Titre : The fusion of pressing situation and releasing writing: On adolescent suicide poetry.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(3) : 343 à 355, automne 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Les poèmes d'adolescents en proie au désespoir peuvent nous fournir des indices «précoces» de l'intention de suicide, d'où la possibilité de recourir dès les premiers stades à une aide spécialisée. L'analyse de l'expression poétique suicidaire et non suicidaire chez les adolescents a permis de relever des différences marquées, notamment en ce qui concerne la vigueur et l'intensité de l'expression chargée de sens et d'émotion dans le groupe des suicidaires.

(ERIC)

(277) Auteur(s) : Shaughnessy, Michal F., et Nystul, Michael, S.

Titre : Preventing the greatest loss-suicide.

Source : Creative Child & Adult Quarterly, vol. 10(3) : 164 à 169, automne 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Shaughnessy, Université Eastern Mexico, Portales, Nouveau-Mexique, États-Unis, 88130.

Niveau : II.

Ce document examine le rôle que les enseignants peuvent jouer dans la prévention du suicide chez les élèves perturbés. Il fait valoir que la possibilité qu'ont les enseignants d'observer leurs élèves dans une foule de situations leur permet d'intervenir activement et de surveiller chez eux les changements physiques et psychologiques annonçant une dépression ou des tendances suicidaires. Il présente une interprétation sociologique, psychodynamique, psychologique et biochimique de l'étiologie du suicide. Il s'étend sur

plusieurs signes précurseurs du suicide, dont les manifestations de dépression profonde, les pertes ou les gains pondéraux importants, la désaffection, l'appauvrissement de l'affectivité, les troubles du sommeil, les idées de suicide, l'agitation et la frustration, les plans précis de suicide, l'impulsivité, les antécédents de suicide dans la famille, la consommation d'alcool et de drogues, la perte de proches, les ennuis d'ordre psychomatique et le refus de l'école. Au nombre des gestes indiqués pour les enseignants qui ont dépisté un comportement suicidaire, on compte la manifestation d'une sympathie et d'une compréhension sincères, la consultation des conseillers scolaires et des spécialistes du domaine de l'hygiène mentale, le suivi des aiguillages et l'aide au réconfort de l'élève qui doit se sentir utile et apprécié. Les auteurs citent enfin des ouvrages de référence sur le suicide à l'intention des enseignants et des parents.

(Psychological Abstracts)

(278)

Auteur(s) :	Shields, Jack Richard.
Titre :	Attempted suicide in Alaskan Eskimos: A Rorschach study of ego functions.
Source :	Thèse : Université internationale des États-Unis, 1977. N° de commande 7909893.
Forme :	thèse.
Niveau :	III.

Ce document compare les caractéristiques de la personnalité de deux groupes d'adolescents de sexe masculin. Le premier groupe était consommateur d'opium et le second, de drogues hallucinogènes. L'examen des résultats pour 8 paires d'adjectifs n'a pas permis de relever des différences d'image de soi entre ces deux groupes. En ce qui concerne le profil de personnalité de Fribourg, on a constaté pour les deux groupes une tendance à l'asthénie et à des réactions dépressives et psychosomatiques. L'auteur présente d'autres données fondées sur le test de Rorschach et l'observation du comportement. Le groupe de consommation de substances hallucinogènes a présenté de l'exaltation égocentrique et des caractéristiques schizoïdes et le groupe de consommation d'opium, une structure paroxystique de la personnalité et un comportement régressif.

(Résumé de thèse)

(279)

Auteur(s) :	Schneidman, Edwin.
Titre :	Definition of suicide.
Source :	Wiley, New York, 1985.
Forme :	livre.
Adresse :	Wiley, New York, État de New York, États-Unis.
Niveau :	III.

Ce document examine le phénomène du suicide sous l'angle des dix généralités s'appliquant à celui-ci : 1) l'objet général du suicide est la recherche d'une solution; 2) le but général du suicide est la perte de conscience; 3) le stimulus général du suicide est une

douleur psychologique intolérable; 4) les agents de stress généraux dans le suicide sont les besoins psychologiques non comblés; 5) l'émotion générale dans le suicide est le sentiment de désespoir; 6) l'attitude intérieure générale dans le suicide est l'ambivalence; 7) l'état mental général dans le suicide est la «constriction»; 8) l'acte général dans le suicide est l'agression; 9) le geste interpersonnel général dans le suicide est la communication de l'intention; 10) la «cohérence» générale de l'acte de suicide réside dans la correspondance avec les mécanismes d'«adéquation» dans la vie du suicidaire.

(280)

Auteur(s) : Shneidman, Edwin S.

Titre : Ten commonalities of suicide and some implications for public policy.

Source : The 33rd Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles, Californie, États-Unis, août 1985.

Forme : enregistrement sur cassette.

Adresse : Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Parc Tunney, immeuble Jeanne Mance, pièce 1186, Ottawa (Ontario), Canada K1A 0L3.

Niveau : III.

Les oeuvres d'Herman Melville et de William Shakespeare parlent des questions fondamentales de la vie, de la mort et du suicide et constituent ainsi une bonne introduction au phénomène du suicide. Les trois angles d'examen de l'état du suicidaire sont sa philosophie dans la vie, ses besoins personnels et psychologiques et son système de vie (théorie des systèmes). Bien que le suicide présente un caractère individuel et idiosyncrasique, on peut dégager dix généralités à son propos : 1) l'objet général du suicide est la recherche d'une solution; 2) le but général du suicide est la perte de conscience; 3) le stimulus général du suicide est la douleur psychologique intolérable; 4) les agents de stress généraux dans le suicide sont les besoins psychologiques non comblés; 5) l'émotion générale dans le suicide est le sentiment de désespoir; 6) l'attitude intérieure générale dans le suicide est l'ambivalence; 7) l'état mental général dans le suicide est la «constriction»; 8) l'acte général dans le suicide est l'agression; 9) le geste interpersonnel général dans le suicide est la communication de l'intention; 10) la «cohérence» générale du suicide réside dans la correspondance avec les mécanismes d'«adéquation» dans la vie du suicidaire.

(281)

Auteur(s) : Shneidman, Edwin S.

Titre : Ten commonalities of suicide and some implications for public policy.

Source : The 33rd Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles, Californie, États-Unis, 90024.

Forme : manuscrit.

Adresse : Schneidman, UCLA Neuroopsychiatric Institute, 760, Westwood Plaza, Los Angeles, Californie, États-Unis 90024.

Niveau : III.

Les oeuvres d'Herman Melville et de William Shakespeare de questions fondamentales de la vie, de la mort et du suicide et constituent une bonne introduction au phénomène du suicide. Les trois principaux angles d'examen de l'état du suicidaire sont sa philosophie dans la vie, ses besoins personnels et psychologiques et son système de vie (théorie des systèmes). Bien que le suicide présente un caractère individuel et idiosyncrasique, on peut dégager dix généralités à son propos : 1) l'objet général du suicide est la recherche d'une solution; 2) le but général du suicide est la perte de conscience; 3) le stimulus général du suicide est la douleur psychologique intolérable; 4) les agents de stress généraux dans le suicide sont les besoins psychologiques non comblés; 5) l'émotion générale dans le suicide est le sentiment de désespoir; 6) l'attitude intérieure générale dans le suicide est l'ambivalence; 7) l'état mental général dans le suicide est la «constriction»; 8) l'acte général dans le suicide est l'agression; 9) le geste interpersonnel général dans le suicide est la communication de l'intention; 10) la «cohérence» générale du suicide réside dans la correspondance avec les mécanismes d'«adéquation» dans la vie du suicidaire.

(282) Auteur(s) : Shore, J.H., Bapp, J.F., et Waller, T.R.

Titre : A suicide prevention center on an Indian Reservation.

Source : American Journal of Psychiatry, vol. 128(9) : 76 à 81, 1972.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Les auteurs décrivent la toile de fond et les activités de création d'un service de prévention du suicide dans une réserve indienne et insistent sur l'importance de l'acceptation et de la participation communautaires. Ils analysent les caractéristiques de la clientèle et constatent que la plupart des patients étaient de jeunes hommes. Pour les conseillers en santé mentale, le choix de la période et la compréhension des complexités du milieu sociopolitique sont essentiels au soutien de l'élaboration de projets parrainés par la collectivité.

(C.I.E.S.)

(283) Auteur(s) : Shore, James H.

Titre : American Indian suicide Fact or fantasy.

Source : Psychiatry, vol. 38(1) : 86 à 91, février 1975.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document présente une étude épidémiologique des caractéristiques de la population amérindienne du Nord-Ouest du Pacifique en ce qui concerne le suicide. Il décrit les trois premières années de la réalisation d'un projet pilote ayant pour objet l'épidémiologie du suicide. Il fait état des constatations de différences tribales importantes entre taux de suicide et dissipe les conceptions erronées actuelles au sujet du «phénomène du suicide» chez les Amérindiens. L'auteur d'un acte de suicide réussi est généralement un Amérindien de sexe masculin, célibataire ou séparé qui se pend ou utilise une arme à feu. L'abus de l'alcool ou des solvants (inhalotoxicomanie) a joué un rôle dans environ 75 % des actes de suicide réussis. L'auteur d'une tentative de suicide est le plus souvent une jeune femme qui attente à ses jours chez elle par surdose de médicaments après une querelle avec un parent ou un ami. L'alcool entre en jeu dans 44 % des cas. L'auteur examine enfin les facteurs culturels du suicide chez les Amérindiens et les conséquences sur le plan du traitement.

(Psychological Abstracts)

(284) Auteur(s) : Shore, James H.

Titre : Psychiatric epidemiology among American Indians.

Source : Psychiatric Annals, vol. 4(11) : 56 à 66, novembre 1974.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Ce document examine la documentation spécialisée sur les caractéristiques des affections émotionnelles chez les Amérindiens et met en garde contre les fausses impressions d'adaptation comportementale tenant à une mauvaise compréhension des différences culturelles et à l'existence de stéréotypes négatifs concernant les Amérindiens. Il décrit et évalue diverses démarches propres aux études épidémiologiques. Il présente certaines constatations dans cinq principaux domaines de recherche : a) l'abus de l'alcool paraît un phénomène répandu; b) le suicide et l'homicide présentent une spécificité tribale, les caractéristiques étant suffisamment différentes de celles que présente la population américaine en général pour que l'on puisse songer à des causes uniques de ces comportements; c) l'incidence de la dépression est plus grande chez les Navajos à cause des croyances et des coutumes particulières à cette tribu, la dépression observée dans les autres tribus s'expliquant probablement par une diversité de causes, dont des erreurs d'interprétation par les représentants de la culture dominante; d) la schizophrénie est conforme aux caractéristiques épidémiologiques attendues, mais la folie périodique ne

semble pas exister chez les Amérindiens; e) les toxicomanies semblent totalement absentes à l'exception de l'alcoolisme.

(Psychological Abstracts)

(285) Auteur(s) : Shore, James H.

Titre : Suicide and suicide attempts among American Indians of the Pacific Northwest.

Source : International Journal of Social Psychiatry, vol. 18(2) : 91 à 96, été 1972.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document présente une étude des caractéristiques des suicides et des tentatives de suicide en 1969 dans les réserves indiennes des États de Washington, d'Oregon et d'Idaho. Pour les actes de suicide réussis, on a observé un taux de 28 sur 100 000 et les tentatives de suicide ont été 16 fois plus nombreuses que les actes de suicide réussis. On relevait surtout les tentatives chez de jeunes femmes prenant des drogues. Les actes de suicide réussis s'observaient le plus souvent chez des hommes dans la trentaine qui recouraient à l'arme à feu ou à la corde pour attenter à leurs jours. Les élèves d'un pensionnat amérindien ont présenté un taux extrêmement élevé de tentatives (3 488 sur 100 000) par rapport au taux de tentative relevé dans l'ensemble de la réserve (462 sur 100 000).

(Psychological Abstracts)

(286) Auteur(s) : Shore, James H., et Manson, Spero M.

Titre : Cross-cultural studies of depression among American Indians and Alaska Natives.

Source : White Cloud Journal of American Indian Alaska Native Mental Health, vol. 2(2) : 5 à 12, 1981.

Forme : article de revue.

Adresse : White Cloud Center, Gaines Hall UOHSC, 840, chemin Gaines, Sud-Ouest, Portland, Orégon, États-Unis, 97201.

Niveau : III.

Ce document expose les différences entre les conceptions occidentale et autochtone de la dépression. Il décrit plusieurs syndromes de dépression autochtone à spécificité culturelle. Il fait voir l'incidence croissante des dérèglements du comportement chez les autochtones et énonce plusieurs théories relatives à l'étiologie de la dépression.

(ERIC)

(287) Auteur(s) : Siegel, K., et Tuckel, P.

Titre : Suicide and civil commitment.

Source : Journal of Health Polit Policy Law, vol. 12(2) : 343 à 360, été 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Siegel, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, États-Unis.

Niveau : III.

Cette démarche contemporaine de prévention du suicide repose avant tout sur le principe du placement involontaire du suicidaire en établissement. Bien que l'on reconnaisse généralement le droit, voire l'obligation morale de la société d'intervenir pour prévenir le suicide, on s'entend beaucoup moins sur les conditions de cette intervention. Le gros du débat porte sur les critères répandus de décision de prise en charge que représentent la maladie mentale et le danger pour soi-même et autrui. On s'est aussi interrogé sur l'efficacité du placement en établissement comme moyen de prévention. Le document met ce débat dans une perspective historique plus générale. Il examine les données empiriques sur les critères habituels de prise en charge et la valeur prophylactique de l'hospitalisation involontaire et, à la lumière des faits que nous connaissons, essaie de juger du caractère approprié de notre façon actuelle de concevoir le placement en établissement.

(Medline)

(288) Auteur(s) : Sievers, M.L., Cynamon, M.H., et Bittker, T.E.

Titre : Intentional isoniazid overdose among Southwestern American Indians.

Source : American Journal of Psychiatry, vol. 132(6) : 662 à 665, 1975.

Forme : article de revue.

Niveau : III

Cette étude de 30 mois a permis de constater dans quelle mesure les comportements autodestructeurs compromettaient l'efficacité de la thérapie et de la prophylaxie de la tuberculose chez les Amérindiens du Sud-Ouest. La fréquence des surdoses d'isoniazide correspondait à l'ampleur de la consommation de cette substance dans chaque tribu et à celle de la délivrance d'ordonnances pour chaque catégorie d'affections tuberculeuses. Les auteurs recommandent diverses mesures de prévention de cette consommation en surdose.

(C.I.E.S.)

(289) Auteur(s) : Simon, Werner.

Titre : Suicide among physicians: Prevention and postvention.

Source : Journal of Medical Education, vol. 61(1) : 67 à 59, janvier 1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Simon, Université du Minnesota, Minneapolis, Minnesota, États-Unis 55455.

Niveau : III.

Ce document discute des divers taux de suicide chez les médecins des États-Unis, du Royaume-Uni et d'Allemagne et s'attache au risque plus grand de suicide chez les femmes médecins par rapport aux autres catégories professionnelles féminines. Les troubles de l'affectivité seraient un facteur lié à ce phénomène. L'auteur signale en outre l'existence d'agents de stress psychosociaux sur le plan des conflits de rôle et des choix de carrière. Il juge qu'un dépistage et un traitement hâtifs des médecins perturbés présentent un intérêt capital pour la prévention du suicide. Il indique que les critères d'admission en école de médecine devraient peut-être être révisés et que des tests psychométriques pourraient utilement s'ajouter. En plus des examens physiques annuels, on devrait prévoir tous les ans l'établissement d'un bilan de santé émotionnelle du médecin. L'auteur dégage en outre les périodes de risque élevé et les signes précurseurs. Il recommande des procédés de «postvention» (thérapie de groupe pour les survivants d'un acte de suicide, discussion entre thérapeutes dont des patients se sont suicidés et mesures d'«éducation» à l'intention des omnipraticiens pour leur permettre de reconnaître les symptômes présuicidaires).

(Psychological Abstracts)

(290) Auteur(s) : Simpson, Sylvia G., Reid, Raymond, Baker, Susan P., et Teret, Stephen.

Titre : Injuries among the Hopi Indians: A population-based survey.

Source : Journal of the American Medical Association, vol. 249(14) : 1873 à 1876, avril 1983.

Forme : article de revue.

Adresse : Simpson, École d'hygiène et de santé publique de l'Université John Hopkins, 615, rue Wolfe Nord, Baltimore, Maryland, États-Unis.

Niveau : III.

Les lésions sont la cause prédominante de décès chez les Amérindiens. On a mené une étude épidémiologique dans une réserve hopi afin d'évaluer l'incidence, les circonstances et l'issue des traumatismes. En 1979-1980, l'incidence annuelle des traumatismes traités à l'hôpital et des traumatismes mortels a été de 12 pour 1 000 habitants. On a relevé l'incidence la plus élevée dans le groupe d'âge des plus de 84 ans. Dans l'ensemble, les chutes, les accidents de véhicule automobile, l'automutilation et l'agression étaient les principales causes des lésions. Le suicide et l'accident de la route étaient les causes de décès prédominantes. Le groupe des 15 à 29 ans, qui ne constituait qu'un quart de la population, intervenait pour 46 % de tous les traumatismes. On constatait dans ce groupe d'âge des taux particulièrement élevés d'automutilation, d'accident de la route et d'agression. Les problèmes de lésion particulièrement importants pour les Hopis étaient

les capotages en situation de véhicule unique, les chutes de camionnette, les chutes de terrasse de maison et les tentatives de suicide en milieu carcéral.

(Résumé de revue)

(291) Auteur(s) : Smith, Jack C., et coll.

Titre : Comparison of suicides among Anglos and Hispanics in five Southwestern States.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 15(1) : 14 à 26, printemps 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Les résultats de cette étude indiquent que le taux de suicide des Blancs dans cinq États du Sud-Ouest était supérieur du quart au taux national pour les Blancs. Le taux des Américains d'origine hispanique était inférieur au taux national pour les Blancs et la moitié de celui des Anglo-Américains habitant les mêmes régions.

(Résumé de revue)

(292) Auteur(s) : Smith, Kim, et Crawford, Sylvia.

Titre : Suicidal behavior among «Normal» high school students.

Source : Suicide and Life-Threatening Behaviour, vol. 16(3) : 313 à 325, automne 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document porte sur les comportements suicidaires observés chez 313 élèves d'école secondaire. Il relie les études de taux de tentative de suicide chez les adolescents aux études de proportion de tentatives dans ce même groupe d'âge. Le suicide hante dans une mesure quelconque la plupart des élèves d'école secondaire, puisque 62,6 % d'entre eux ont évoqué à des degrés divers des idées ou des gestes de suicide.

(ERIC)

(293) Auteur(s) : Solursh, L., et Syer-Solursh, D.

Titre : Suicide in the «Urban Indians» of Canada.

Source : Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise (12e congrès), Caracas, Venezuela, 9 p., 1983.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

Les auteurs examinent les statistiques du suicide du gouvernement du Canada qui, pour les Inuit et les Indiens inscrits, font voir des taux de mortalité par violence (mort violente)

trois fois plus élevés que ceux de la population en général, ainsi que des chiffres de mortalité par suicide supérieurs de plus de deux fois à ceux de l'ensemble du Canada. Ils décrivent les «causes contribuantes» du risque élevé de mort violente et les constatations d'une enquête de besoins menée en 1981 auprès d'autochtones vivant en région urbaine (Toronto) en vue d'établir les endroits où une intervention aurait les effets les plus marqués. (Le document cite 8 références).

(C.I.E.S.)

(294)

Auteur(s) :	Soubrier, Jean P.
Titre :	La prévention du suicide est-elle encore possible depuis la publication autorisée d'un livre intitulé Suicide : Mode d'emploi—Histoire—Technique—Actualité.
Source :	Crisis, vol. 5(2) : 119 à 124, août 1984.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Soubrier, Groupement d'études et de prévention de suicide, Paris, France.
Niveau :	III.

Ce document décrit l'incidence que la parution d'un livre de promotion de l'euthanasie a eue sur les Français et les modes possibles d'aide aux suicidaires. Le gouvernement français a mis aux voix en juin 1983 un projet de loi prévoyant une aide aux patients suicidaires. L'auteur indique toutefois que le soutien doit déborder le cadre de la prévention, car le phénomène du suicide fait maintenant l'objet d'un débat juridique et éthique.

(Psychological Abstracts)

(295)

Auteur(s) :	Spaulding, John M.
Titre :	Recent suicide rates among ten Ojibwa Indian Bands in Northwestern, Ontario.
Source :	Omega: Journal of Death & Dying, vol. 16(4) : 347 à 354, 1985-1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Spaulding, Indian Health Service, Phoenix, Arizona, États-Unis.
Niveau :	II.

Cette étude vise l'incidence des actes de suicide réussis dans dix bandes ojibways du Nord-Ouest de l'Ontario de 1975 à 1982. On a extrait des données sur le suicide des dossiers de la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada [1]; pour la corroboration de ces données, on a interrogé individuellement 9 intervenants en services de santé destinés aux autochtones. Les résultats indiquent un taux global de 61,7 suicides pour 100 000 habitants. Les victimes sont généralement de

jeunes hommes qui ont utilisé une arme à feu pour attenter à leurs jours. L'alcool ou la drogue ont joué directement un rôle dans plus de la moitié des suicides.

(Résumé de revue)

(296)

Auteur(s) :	Steinberg, A.
Titre :	A comparative moral approach to suicide—A Jewish perspective.
Source :	Israel Journal of Medical Science, vol. 23(7) : 850 à 852, juillet 1987.
Forme :	article de revue.Adresse :Steinberg, Programme de déontologie médicale, Université hébraïque, École de médecine Hadassah, Jérusalem, Israël.
Niveau :	IV.

Le suicide est une cause de décès importante d'un point de vue statistique et constitue un problème alarmant de santé publique. Un grand nombre de pays ont ainsi reconnu la nécessité de créer des centres spéciaux de prévention du suicide. Il existe un conflit moral entre le principe de l'autonomie et la notion de valeur de la vie dans le cas du suicide. Ce conflit peut être résolu de plusieurs manières : 1) l'autonomie devrait être considérée comme un impératif catégorique et un principe absolu qui prime même celui de la valeur de la vie; 2) on devrait voir de prime abord dans le suicide une décision d'incompétent qui ne vient nullement enfreindre le principe de l'autonomie; 3) l'impératif de la valeur de la vie annule le principe de l'autonomie et on doit entièrement s'opposer au libre arbitre quand il s'exerce en vue de la destruction de la vie. Le judaïsme adopte cette dernière interprétation du rapport entre libre arbitre et destruction de la vie. Il interdit rigoureusement le suicide en s'appuyant sur des raisons théologiques, le tenant pour un des péchés les plus graves. L'incidence éducative d'une telle philosophie vient soutenir les efforts de prévention du suicide. En revanche, les tenants de la primauté absolue du principe de l'autonomie peuvent avoir contribué à la montée du phénomène du suicide dans le monde occidental. Un philosophe contemporain a dit que le degré de rationalité de l'acte de suicide est fonction de l'importance de la philosophie présidant à la réflexion d'une personne.

(Medline)

(297)

Auteur(s) :	Stephens, R.
Titre :	Native suicide awareness within Lethbridge community.
Source :	Project Mother Earth, and the Sik-ooh-kotok Friendship Society, p. 1 à 40, 1985.
Forme :	rapport.
Adresse :	Project Mother Earth and the Sik-ooh-kotok Friendship Society, Lethbridge (Alberta), Canada.
Niveau :	II.

Un atelier d'une journée parrainé par les responsables du projet «Ma mère la terre» et la Sik-ooh-kotok Friendship Society a eu lieu à Lethbridge le 24 mai 1985. Ce document décrit l'organisation et les travaux de l'atelier, ainsi que les conclusions et les observations. Il comprend neuf annexes.

(298)

Auteur(s) :	Streiner, D.L., et Adam, K.S.
Titre :	Evaluation of the effectiveness of suicide prevention programs: A methodological perspective.
Source :	Suicide and Life-Threatening Behaviour, 17(2) : 93 à 106, été 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Streiner, Département de psychiatrie, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada.
Niveau :	III.

Beaucoup d'études visant à évaluer l'efficacité des programmes de traitement de suicidaires accusent des lacunes sur le plan des méthodes dans un ou plusieurs domaines. Ce document énonce six critères que doit respecter la conception d'études de ce genre; le rattachement de patients à des groupes devrait être aléatoire; il devrait y avoir suivi d'au moins 80 % des patients choisis au départ; les résultats devraient être significatifs sur le plan statistique et importants sur le plan clinique; tous les résultats intéressants d'un point de vue clinique devraient être présentés; il devrait y avoir un signalement suffisant des patients; les nouvelles interventions devraient être réalisables dans d'autres cadres. Les auteurs démontrent que ces critères sont à la fois nécessaires et applicables.

(Medline)

(299)

Auteur(s) :	Stromee, Victoria Margaret.
Titre :	Youth suicide prevention program: A project of help on call and family crisis service.
Source :	Document présenté à la 20e réunion annuelle de l'American Association of Suicidology et de l'Association internationale pour la prévention du suicide (San Francisco, Californie), 25 au 30 mai 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	renseignement non disponible.
Niveau :	III.

Ce document décrit un programme de prévention du suicide chez les jeunes réalisé en Arizona et mis au point conjointement par un service-secours téléphonique et un service-secours famille et qui assure dans un cadre scolaire des services de prévention à l'échelle de la région dans un contexte de multiculturalisme. L'auteur passe en revue les programmes réalisés dans certaines autres villes ou États et explique la décision d'élaborer un

modèle intellectuel-comportemental. Il parle aussi de la création d'une équipe ayant pour tâche de contribuer à l'établissement des objectifs du programme, à l'examen des plans de leçons et des canevas d'atelier proposés et d'aider à vaincre les résistances de la collectivité. Il dégage les objectifs du programme et commente l'organisation d'une conférence d'une journée destinée à faire connaître celui-ci aux conseillers scolaires de toute la ville. Il décrit en outre les présentations en classe du programme et les techniques employées d'«imagerie» dirigée, de discussion de groupe et de mise en situation. Le document présente le volet de formation d'adultes «en cours d'emploi» comme un moyen de communication d'informations générales au personnel scolaire et aux parents sur le développement de l'adolescent, la dépression pathologique et normale et les façons de traiter un jeune en proie à des troubles. Il s'attache enfin aux difficultés que l'on a éprouvées à réaliser le programme et à toucher les jeunes autochtones américains vivant dans des réserves.

(ERIC)

(300)

Auteur(s) : Sudak, H.S. et coll.

Titre : Suicide in the young.

Source : John Wright, Littleton, 1984.

Forme : livre.

Adresse : John Wright, Littleton, Massassuchetts, États-Unis.

Niveau : III.

Ce livre qui porte sur le suicide chez les adolescents consacre un chapitre au phénomène du suicide chez les jeunes gens appartenant à des minorités. Les statistiques présentées pour la période 1977-1979 indiquent une incidence élevée des comportements autodestructeurs dans les groupes minoritaires. Les auteurs indiquent que le dépistage de troubles mentaux à caractère pathologique dans ces groupes exige une connaissance des croyances et des attitudes raciales et culturelles. En d'autres termes, la dépression peut ne pas se manifester sous sa forme classique, mais prendre l'aspect d'une hostilité et d'un ressentiment voilés dans le cas des autochtones ou d'une hostilité, d'un repli sur soi et d'une rébellion chez les Noirs et les Américains d'origine hispanique.

(C.I.E.S.)

(301)

Auteur(s) : Comité consultatif provincial sur la prévention du suicide.

Titre : «The First Year»: Report of the Suicide Prevention Provincial Advisory Committee.

Source : Comité consultatif provincial sur la prévention du suicide, Alberta (Canada), septembre 1982.

Forme : rapport.

Niveau : III.

Les objectifs du Comité consultatif albertain sur la prévention du suicide étaient les suivants : 1) renseigner et conseiller le ministre des Services sociaux et de la Santé

communautaire sur les programmes de prévention, d'intervention et de postvention dans la lutte contre le suicide; 2) recommander des affectations de fonds aux services directs et aux activités de sensibilisation, de formation et de recherche; 3) évaluer l'état actuel et habituel de la prestation de services dans le domaine de la prévention du suicide; 4) examiner l'avancement des programmes et des projets; 5) rendre compte de la situation au ministre. En ce qui concerne les programmes, le rapport met l'accent sur une démarche intégrée à l'échelle de la province où les programmes de dépistage social, de recherche, de formation et d'éducation du public trouveraient leur place. Un réseau communautaire de programmes de dépistage social confiés à un certain nombre d'organismes a été mis en place à Lethbridge, Fort McMurray, Red Deer, Grand Prairie et Medicine Hat. Des programmes d'aide aux personnes en deuil ont été mis en route aussi bien à Calgary qu'à Edmonton. Dans cette dernière ville, on réalise ce qu'on a appelé le «programme de suivi de dépistage de cas d'urgence et d'évaluation d'aiguillage» (CORE ou «Crisis Outreach and Referral Evaluation»). On a créé un centre d'information à l'Université de Calgary; le programme de formation mis en place au Centre d'information et d'éducation sur le suicide (CIES) porte le nom de projet de formation en prévention du suicide. Les Native Counselling Services of Alberta (NCSA) ont reçu des encouragements et des fonds, parce qu'ils sont les mieux placés pour mettre au point des programmes à l'intention des autochtones. Les travaux de recherche visent à la mise en place d'un centre de recherche doté d'abondantes ressources documentaires et d'une base d'information d'accès facile. Il est encore trop tôt pour évaluer utilement le travail du Comité, mais on planifie actuellement l'adoption d'une démarche coordonnée d'évaluation de l'ensemble des activités du point de vue de l'efficience et de l'efficacité-coût. Le Comité se propose pour l'avenir d'étendre les programmes de dépistage en région rurale, à l'école et dans les collectivités autochtones et d'établir des liens avec des groupes comme la Commission de l'alcoolisme et des autres toxicomanies de l'Alberta.

(302)

Auteur(s) :	Comité consultatif provincial sur la prévention du suicide.
Titre :	«The Second Year»: Report of the Suicide Prevention Provincial Advisory Committee.
Source :	Comité consultatif provincial sur la prévention du suicide, Alberta, Canada, septembre 1983.
Forme :	rapport.
Niveau :	III.

Dans sa deuxième année d'activité, le Comité consultatif provincial sur la prévention du suicide continue à s'attacher aux démarches efficaces de prévention, d'intervention et de postvention en matière de suicide par la collaboration et la coordination interorganismes au niveau communautaire. Voici les activités qui s'exercent : dépistage social, éducation du public, formation, financement de programmes et évaluation. Les programmes réalisés à l'échelle de la province sont les suivants : Centre d'information et d'éducation sur le suicide (CIES), Programme de formation en prévention du suicide, Programme de formation en prévention du suicide chez les autochtones, Centre de recherche sur le suicide, Programme de suivi du dépistage de cas d'urgence et d'évaluation de l'aiguillage (programme CORE) et Programme d'aide aux personnes en

deuil de Calgary. Pendant cette deuxième année, on a mis l'accent sur les subventions et les méthodes de financement des centres de prévention du suicide. Le Comité prévoit étendre les activités dans les écoles, les régions rurales et les collectivités autochtones et donner de l'ampleur à la consultation de deuil, à l'éducation du public, à la formation, aux centres de prévention du suicide et aux activités du Centre de recherche sur le suicide de l'Université de Calgary.

(303) Auteur(s) : Swanson, Gary B.

Titre : What you should know.

Source : Listen, p. 11 à 14, novembre 1985.

Forme : article de revue.

Niveau : I.

Dans un «questions et réponses», le Dr Michael Cohn examine les divers aspects du suicide dans l'adolescence. Aux États-Unis, environ 5 000 adolescents mettent fin à leurs jours tous les ans. Le nombre de suicides d'adolescents a monté en flèche depuis dix ans aux États-Unis et en Europe. Ces suicides sont souvent liés à la consommation croissante d'alcool et de drogues dans ce groupe d'âge. Un autre facteur important est la difficulté de traiter la dépression attribuable à des causes naturelles ou chimiques. On encourage l'adolescent à accepter ses sentiments de dépression et à demander un traitement quand ils ne s'atténuent pas avec le temps. On incite les amis à demeurer à l'affût des signes avant-coureurs du suicide et à essayer immédiatement d'obtenir l'aide des parents ou de spécialistes pour les suicidaires.

(304) Auteur(s) : Syer, D., Fitchette, B., et DeLeary, K.

Titre : Suicide in Canadian Indians: The Native Peoples perspectives.

Source : Annual Meeting of the American Association of Suicidology (15^{e} réunion annuelle), New York, État de New York, États-Unis, p. 158 et 159, 1982.

Forme : manuscrit.

Niveau : II.

Ce document examine l'incidence de l'abus d'alcool, de la perte d'un être cher et du stress sur les Amérindiens d'un point de vue autochtone.

(305) Auteur(s) : Syer, Diane.

Titre : «Indians Time Bombs».

Source : Native People, vol. 12(5) : 1, juin 1979.

Forme : article de revue.

Niveau : I.

M^me^ Diane Syer examine les conditions et les attitudes sociales qui déclenchent le phénomène du suicide en milieu autochtone. Une piètre estime de soi, l'isolement social, la dépendance familiale et la tendance à intérioriser la douleur, la colère et les inquiétudes sont des facteurs qui rendent les autochtones extrêmement vulnérables à l'autodestruction.

(C.I.E.S.)

(306) Auteur(s) : Syer, Diane S.

Titre : Suicide in the Native Indians of Canada.

Source : C1982.

Forme : rapport.

Adresse : Syer, Toronto Est, Hôpital Général, Toronto (Ontario), Canada.

Niveau : II

L'auteur donne un aperçu du phénomène du suicide chez les autochtones du Canada en présentant la documentation spécialisée, ses observations personnelles et des discussions avec des groupes autochtones. Bien qu'incomplètes, les statistiques sur le suicide en milieu autochtone indiquent nettement que le taux de suicide chez les autochtones du Canada est bien des fois supérieur à celui des non-autochtones. Ce taux élevé s'explique par une foule de facteurs et il est, par conséquent, difficile de trouver des solutions appropriées qui vont de soi. Au nombre des facteurs qui entrent en jeu dans le suicide d'autochtones, on compte la désagrégation culturelle (et plus particulièrement le recul de la spiritualité), les maux socio-économiques et les ennuis familiaux aggravés par l'alcoolisme. On remarque le plus souvent chez les suicidaires une piètre image de soi, de l'isolement social, une dépendance morale et financière à l'égard de la famille et une intériorisation des problèmes. L'auteur recommande une amélioration des services locaux d'hygiène mentale ou la prestation de tels services au profit des collectivités isolées, ainsi que la mise en place d'activités communautaires et d'un système éducatif traduisant la culture et les valeurs autochtones et les conditions de relèvement économique. Il incite enfin tous les Canadiens à apprendre à connaître les besoins, les valeurs, la culture, l'histoire et le mode de vie des autochtones du Canada.

(307) Auteur(s) : Szasz, Thomas.

Titre : The case against suicide prevention.

Source : American Psychologist, vol. 41(7) : 806 à 812, juillet 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II

L'auteur bat en brèche le point de vue des gens qui affirment que le suicide est un problème de santé mentale, que les praticiens et les organismes du secteur de l'hygiène mentale ont le devoir professionnel d'essayer de le prévenir et qu'il appartient légitimement à l'État de donner aux spécialistes et aux organismes du domaine (et notamment aux psychiatres et aux établissements psychiatriques) le devoir d'imposer des interventions à caractère coercitif aux gens chez qui on a diagnostiqué un risque de suicide. Dans le contexte d'un «mission» de prévention, si quelqu'un (qu'on a reconnu officiellement comme un patient ou un client) se suicide pendant qu'il est soigné par des cliniciens du domaine de la santé mentale, ceux-ci peuvent être poursuivis et condamnés pour cause de négligence professionnelle si la justice décide de punir le défaut de prévention du suicide de ce patient. L'auteur présente une conception différente du suicide où l'acte de suicide devient le geste d'un «agent» moral responsable en définitive de ce qu'il fait. Il fait également valoir qu'en retranchant la prévention du suicide des responsabilités professionnelles, on aide non seulement le clinicien de la santé mentale à échapper à l'exercice forcé de rôles contradictoires et le client des services d'hygiène mentale à rejeter la coercition au nom de la prévention, mais on met aussi le pays à l'abri de politiques de la santé mentale qui entament inutilement les principes de la responsabilité personnelle.

(Résumé de revue)

(308) Auteur(s) : Tanney, Bryan L.

Titre : Electroconvulsive therapy and suicide.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(2) : 198 à 222, été 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Quand on compare l'efficacité et la mortalité-morbidité de la sismothérapie à celle de la pharmacothérapie, on constate que les électrochocs sont une stratégie efficace et privilégiée de traitement. Ils demeurent sous-utilisés comme mode de prévention du suicide. Le document expose les controverses qui restreignent actuellement l'utilisation de ce type de traitement.

(ERIC)

(309) Auteur(s) : Taylor, R.

Titre : Native suicide awareness within Lethbridge community.

Source : Project Earth and the Sik-ooh-kotok Friendship Society, p. 1 à 38, 1985.

Forme : rapport

Adresse : Project Earth and the Sik-ooh-kotok Friendship Society, Lethbridge (Alberta), Canada.

Niveau : II

Cet atelier d'une journée tenu le 24 mai 1985 était parrainé par le projet «Ma mère la terre» et la Sik-ooh-kotok Friendship Society. Il est le fruit de la sensibilisation des autochtones, des praticiens et des chercheurs en sciences sociales à la montée du phénomène du suicide en milieu autochtone. Ce rapport présente un schéma d'organisation et un énoncé de mission, l'épidémiologie du suicide chez les autochtones, les causes et les facteurs de risque, les activités de prévention du suicide sur les plans individuel et collectif, ainsi que les observations et les conclusions se dégageant des discussions en groupe.

(310) Auteur(s) : Termansen, P.E., et Peters, R.W.

Titre : Suicide and attempted suicide among Status Indians in British Columbia.

Source : Conférence de la Fédération mondiale de l'hygiène mentale, Salzburg, Autriche, juillet 1979.

Forme : manuscrit.

Adresse : Termansen et Peters, Département de psychiatrie, Université de Colombie-Britannique, École de médecine, Vancouver (Colombie-Britannique).

Niveau : III.

Il est difficile non seulement d'obtenir des données précises sur le phénomène du suicide chez les autochtones du Canada, mais aussi d'analyser correctement l'information disponible à cause de l'extrême dispersion d'une population peu nombreuse. Les tendances démographiques indiquent pour les autochtones une augmentation du groupe d'âge des moins de 20 ans qui se traduit par une incidence élevée de la mort accidentelle et de la mort violente caractéristiques de ce groupe. Le suicide et la tentative de suicide semblent s'expliquer par plusieurs facteurs, dont la santé, l'éducation, la situation économique et des conditions défavorables en général. On constate nettement en outre l'influence de facteurs comme l'abus de l'alcool et le grand malaise culturel que connaissent les populations autochtones. En 1977, le taux de suicide chez les Amérindiens de Colombie-Britannique était de 48,3 pour 100 000 habitants, contre un taux de 18 % pour les non-autochtones de la même province et des taux nationaux de 41 % et de 12,76 % pour les autochtones et les non-autochtones. Le taux de suicide chez les autochtones de la Colombie-Britannique a augmenté de 1968 à 1978 et la prévalence du suicide est la plus élevée chez les moins de 30 ans. L'auteur d'un acte de suicide réussi est souvent un homme de 20 à 27 ans sans conjoint qui présente des signes de dépression, abuse de l'alcool, a des conflits familiaux ou personnels et emploie des moyens tout à fait létaux pour s'enlever la vie. L'auteur d'une tentative de suicide est le plus souvent une femme célibataire ou sans conjoint qui présente des signes de dépression et d'alcoolisme, a connu ou connaît des perturbations du milieu familial et se sert de drogues pour attenter à ses jours. Les améliorations recommandées dans le rapport visent les gouvernements fédéral et provinciaux, le cadre culturel, éducatif et récréatif, l'abus de l'alcool et les programmes

en place d'hygiène mentale destinés aux enfants et aux adultes autochtones. Les rares conseillers professionnels devraient former les intervenants autochtones aux tâches d'élaboration de programmes de prévention et d'intervention (en matière de suicide) qui tiennent compte des facteurs autochtones et tribaux. Les programmes ainsi créés seraient réalisés sur les plans collectif et individuel.

(311)

Auteur(s) :	Thompson, J. W.
Titre :	Prevention of adolescent suicide among American Indian and Alaskan Native Peoples.
Source :	National Conference on Prevention and Intervention in Youth Suicide, 1986.
Forme :	manuscrit.
Adresse :	National Conference on Prevention and Intervention in Youth Suicide, Oakland, Californie, États-Unis.
Niveau :	III.

Ce document expose des stratégies de prévention des comportements autodestructeurs dans l'adolescence chez les Amérindiens et les autochtones de l'Alaska. Au nombre des aspects abordés, on compte les programmes de santé publique, l'éducation communautaire et l'épidémiologie et les caractéristiques de contagion du comportement autodestructeur.

(312)

Auteur(s) :	Thompson, T.R.
Titre :	Childhood and adolescent suicide in Manitoba; A demographic study.
Source :	Revue canadienne de psychiatrie, vol. 32(4) : 264 à 269, mai 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Thompson, Université McGill, Montréal (Québec), Canada.
Niveau :	IV.

Ce document étudie tous les suicides de jeunes âgés d'au plus 20 ans au Manitoba de 1971 à 1982 en fonction des caractéristiques démographiques et des facteurs de risque. Les principales constatations démographiques dans le cas des Manitobains blancs étaient conformes aux résultats d'études antérieures, mais les enfants autochtones présentaient, pour un même profil de sexe et d'âge, des taux plusieurs fois supérieurs à ceux des enfants blancs. Et les hommes autochtones et les hommes blancs vivant en région rurale se suicidaient beaucoup plus fréquemment dans les jeunes groupes d'âge que leurs «homologues» des villes. Grâce à des moyennes statistiques, les facteurs de risque importants et les groupements démographiques de victimes du suicide ont été établis.

Dans un cadre psychodynamique, l'auteur examine les résultats de l'exercice pour améliorer la compréhension du phénomène du suicide dans l'enfance.

(Medline)

(313)

Auteur(s) :	Thurman, Pam Jumper, Maggie, Don, et Maggie Martin.
Titre :	An assessment of attempted suicides among adolescent Cherokee Indians.
Source :	Journal of Multicultural Counseling and Development, vol. 13(4), p. 176 à 182, octobre 1985.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Thurman, Université Oklahoma, Stillwater, Oklahoma, États-Unis 74074.
Niveau :	II.

Ce document examine le taux et les raisons des tentatives de suicide chez 28 Cherokees adolescents. Les auteurs indiquent un taux de 2 % de tentative de suicide. Les surdoses de médicaments et les lésions corporelles par objet tranchant sont les modes de suicide les plus courants. Le document décrit les caractéristiques du comportement des auteurs de tentative de suicide, ainsi que les conséquences sur le plan des interventions.

(Psychological Abstracts)

(314)

Auteur(s) :	Tonkin, R. S.
Titre :	Suicide methods in British Columbian adolescents.
Source :	Journal of Adolescent Health Care, vol. 5(3) : 172 à 177, juillet 1984.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

L'auteur a étudié tous les suicides ou les suicides appréhendés de gens de moins de 20 ans en Colombie-Britannique en 1978-1979. Il a consulté les dossiers du coroner pour 122 ans. Voici les principales constatations : 11 % des suicidés avaient moins de 15 ans, 80 % étaient des hommes, 52 % ont utilisé une arme à feu, 54 % des suicidées de 15 à 19 ans prenaient de l'alcool ou de la drogue, la «représentation» des Amérindiens et de la population hors zone métropolitaine était disproportionnée et les suicidaires de cette catégorie étaient plus susceptibles de se servir d'un fusil.

(C.I.E.S.)

(315)

Auteur(s) :	Tousignant, M., et Hanigan, D.
Titre :	Social network and social support of suicidal young adults.
Source :	19^{e} réuion annuelle de l'American Association of Suicidology, (Atlanta), p. 66 à 68, 1986.

Forme : manuscrité

Adresse : Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada T3C 0J7.Niveau :III.

Ce document compare 25 sujets expérimentaux à 25 sujets témoins âgés en moyenne de 18,5 ans afin de relever les différences de gravité dans les pensées et les comportements suicidaires. Les variables examinées sont les suivantes : structure du réseau social, nature de l'aide reçue en situation de stress, satisfaction à l'égard de cette aide et signification de l'évaluation. Les deux groupes vivent l'expérience avec une intensité d'un degré comparable. Tous les sujets du groupe expérimental avaient nourri pendant une période variable de sérieuses pensées de suicide.

(C.I.E.S.)

(316) Auteur(s) : Trainor, D.

Titre : Intervention approach cuts suicide rate in Indian village.

Source : Psychiatric News, vol. 18(7) : 44 et 45, avril 1983.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Cet article examine les techniques d'intervention efficaces qui font appel à des équipes pluridisciplinaires de travailleurs communautaires.

(317) Auteur(s) : Travis, Robert.

Titre : Suicide and economic development among the Inupiat Eskimo.

Source : White Cloud Journal, vol. 3(3), p. 14 à 21, 1984.

Forme : article de revue.

Adresse : Travis, Université de Chicago, Chicago (Illinois), États-Unis 60637.

Niveau : III.

L'auteur examine la théorie du suicide de Durkheim (1951) et «opérationnalise» ces hypothèses en vue de l'étude des liens entre les taux de suicide (calculés à l'aide des actes de décès) des Esquimaux «North Slope» et Inupiat, d'une part, et (1) la proportion de gens non mariés, (2) le degré d'instruction et (3) les variations du niveau d'emploi, d'autre part. Les Esquimaux «North Slope» ont connu un développement économique hors du commun pendant les années 1970, pendant que les Inupiats étaient en proie au marasme économique. Les résultats de l'étude indiquent qu'il n'y avait pas de lien significatif entre le cadre socio-économique et les taux de suicide observés chez les «North Slope» et que, en revanche, d'importants effets d'interaction s'étaient manifestés entre le développement économique et l'éducation moderne, d'une part, et la flambée des taux de suicide chez

les Inupiats, d'autre part. Le marasme économique en territoire inupiat ne pouvait certes faciliter la réalisation des buts et des aspirations engendrés par l'éducation moderne. Les constatations contredisent l'opinion formulée par Durkheim que les bouleversements économiques causent nécessairement une montée du suicide, que l'évolution économique apporte la crise ou la prospérité.

(Psychological Abstracts)

(318)

Auteur(s) :	Travis, Robert.
Titre :	Suicide in Northwest Alaska.
Source :	White Could Journal, vol. 3(1), p. 23 à 30, 1983.
Forme :	article de revue
Adresse :	Travis, Université de Chicago, Chicago (Illinois), États-Unis 60637.
Niveau :	III.

Ce document présente des données recueillies dans un village éloigné de 2 100 habitants en Alaska et qui indiquent que les comportements autodestructeurs sont un grave problème social dans le Nord-Ouest de l'Alaska. Il signale en particulier que le taux régional de suicide chez les autochtones de l'Alaska est supérieur de plus de 7 fois à la moyenne nationale. L'auteur a étudié 119 cas de comportement suicidaire chez des sujets âgés de 9 à 61 ans, dont 3 étaient des non-autochtones et 16 des suicidaires à récidive. Il montre que l'aliénation, la perte de la famille, les faibles revenus, l'abus de l'alcool, la montée du chômage et l'amélioration de l'instruction sont des facteurs qui jouent dans l'apparition de comportement suicidaire. Les programmes de traitement ne peuvent viser les seuls aspects psychologiques de l'état du suicidaire, et doivent s'attaquer à la question des adaptations sociales nécessaires dans la vie des patients.

(Psychological Abstracts)

(319)

Auteur(s) :	Trovato, F.
Titre :	A time series analysis of international immigration and suicide mortality in Canada.
Source :	International Journal of Social Psychiatry, 32(2) : 38 à 46, été 1986.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Centre d'information et d'éducation sur le suicide, 1615, 10^{e} avenue sud-ouest, bureau 201, Calgary (Alberta), Canada T3C 0J7.
Niveau :	III.

L'auteur examine le rapport entre l'immigration internationale et la mortalité par suicide à l'aide des données de séries chronologiques pour la période 1950-1982 au Canada. Sur la base de la théorie durkheimienne d'intégration sociale et après prise en compte des facteurs du chômage et de l'âge, il se sert d'un modèle de régression multiple pour

démontrer que plus les taux d'immigration s'élèvent, plus les taux de suicide ont tendance à monter. L'étude conclue que la cohorte d'hommes âgés de 15 à 34 ans était très sensible aux changements de perspectives économiques et d'expériences d'immigrants.

(CIES)

(320)

Auteur(s) :	Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social des États-Unis.
Titre :	Suicide among the American Indians: Two workshops (Aberdeen, Dakota du Sud, septembre 1967; Lewiston, Montana, novembre 1967).
Source :	Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social des États-Unis, Services de santé, 1969.
Forme :	rapport.
Adresse :	Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social des États-Unis, Services de santé, Bethesda, Maryland, États-Unis.
Niveau :	III.

Il s'agit de sept documents traitant du suicide aux États-Unis. Les aspects suivants y sont abordés : étude comparative des comportements autodestructeurs chez les adultes et les adolescents, existence de deux types de comportement suicidaire, planification de la prévention du suicide, surtout dans les territoires à peuplement clairsemé, et caractéristiques du comportement suicidaire chez les Sioux Oglala et dans la réserve de la rivière Cheyenne.

(C.I.E.S.)

(321)

Auteur(s) :	Valente, Sharon M., et Saunders, Judith M.
Titre :	High school suicide prevention programs.
Source :	Pediatric Nursing, vol. 13(2), p. 108 à 137, et 139, mars-avril 1987.
Forme :	article de revue.
Niveau :	II.

Les programmes de prévention du suicide à l'école secondaire visent à réduire le nombre de suicides chez les adolescents. Le personnel infirmier se doit de mieux connaître les activités de prévention du suicide, d'encourager l'organisation d'activités de ce genre au profit des adolescents, et notamment l'application de stratégies d'éducation, d'intervention et d'aide aux personnes en deuil, ainsi que d'évaluer les programmes de prévention parfois contestés.

(Résumé de revue)

(322) Auteur(s) : VanWinkle, N.S.

Titre : Native American suicide in New Mexico: A comparative study, 1957-1979.

Source : Thèse de maîtrise, Université du Nouveau-Mexique, p. 1 à 188, 1980. (Micro E98 S9V34 1981).Forme :thèse.

Niveau : III.

A l'aide des actes de décès comme source principale de renseignements, cette étude examine les actes de suicide réussis dans les populations apaches, navajos et pueblos du Nouveau-Mexique de 1957 à 1979.

(CIES)

(323) Auteur(s) : VanWinkle, Nancy Westlake, et May, Philip A.

Titre : Native American suicide in New Mexico, 1957-1979: A comparative Study.

Source : Human Organizations, vol. 45(4), p. 296 à 309, hiver 1986.

Forme : article de revue

Adresse : VanWinkle, Centre médical de l'Université du Kentucky, Lexington, Kentucky, États-Unis.

Niveau : III

Cette étude descriptive et épidémiologique examine les actes de suicide réussi chez les Apaches, les Navajos et les Pueblos du Nouveau-Mexique de 1957 à 1979. Les données citées sont principalement tirées des actes de décès. Les auteurs se sont attachés à un certain nombre de variables démographiques et situationnelles pour les divers groupes culturels et ont dégagé similitudes et différences. Voici leurs grandes constatations : rapport élevé hommes-femmes variant entre 7,4:1 et 10,4:1, intervalle d'âge de 10 à 39 ans pour 75,4 % à 93,4 % des actes de suicide réussis; proportion élevée d'hommes et de femmes employant des moyens de suicide extrêmement «létaux» comme l'arme à feu et la corde. Les taux de suicide chez les Apaches et les Pueblos ont augmenté depuis le milieu des années 1960 et ceux des Navajos sont en hausse depuis le début des années 1970. C'est chez les Apaches que l'on relève le taux de suicide le plus élevé pour la période 1957-1979 et ils sont suivis à cet égard par les Pueblos et les Navajos. Les taux corrigés en fonction de l'âge sont de 1,7 à 4,9 fois supérieurs à ceux de la population américaine en général. On remarque également une augmentation des taux chez les personnes âgées de 55 ans et plus pour deux des groupes. Les auteurs voient dans les formes traditionnelles et contemporaines de l'intégration sociale et de l'acculturation une explication possible des écarts de taux entre groupes et de la montée des taux de suicide dans les trois groupes.

(Résumé de revue)

(324) Auteur(s) : Victoroff, Victor M.

Titre : The suicidal patient: Recognition intervention, management.

Source : Medical Economics books, Oradell; cote RC569.V53, ISBN : 0-87489-261-9.

Forme : livre.

Adresse : Medical Economics Books, Oradell, New Jersey, États-Unis 07649.

Niveau : II.

En avant-propos, ce document indique que l'on peut combattre le phénomène du suicide en recherchant ses causes et en prenant des mesures thérapeutiques avant que le fléau n'atteigne de si grandes proportions qu'il en devienne tout à fait «létal». En faisant mieux comprendre la nature du suicide, l'auteur se propose de mieux sensibiliser les spécialistes des services de santé aux dangers du suicide et de peut-être ainsi contribuer à sauver des vies. Il aborde les aspects suivants : types de suicide, tableaux statistiques, motifs, catégories de suicidaires. Une section est consacrée au suicide chez les médecins. En deuxième partie, l'auteur présente les indices de suicide, les éléments de prévision des risques et des repères d'évaluation destinés à aider les spécialistes à dépister les cas de suicide possible. En ce qui concerne la «gestion» du traitement des patients suicidaires, il étudie divers sujets comme les facteurs qui influent sur le traitement, les principes de la «gestion» des cas de suicide, la crise et les problèmes de suicide, la prévention en milieu hospitalier et la situation des médecins «à risque suicidaire élevé». La quatrième partie porte sur le droit des gens au suicide, les conséquences juridiques de l'acte de suicide et les devoirs et les responsabilités éthiques et juridiques du médecin. Le document décrit enfin les effets du suicide sur les «survivants».

(325) Auteur(s) : Vidal, John A.

Titre : Establishing a suicide prevention program.

Source : NASSP Bulletin, vol. 70(492) : 68 à 71, octobre 1986.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document expose des aspects importants de la mise en place de programmes de prévention du suicide à l'école secondaire. Les taux de suicide chez les adolescents ont doublé depuis 1970. Pour affronter cette crise, les écoles doivent mettre au point une procédure de dépistage des victimes possibles et d'aide aux élèves et au personnel après un suicide. Les écoles ne doivent pas avoir peur de parler du suicide. En évitant d'en parler, elles ne font qu'accroître le risque d'une montée du phénomène.

(ERIC)

(326) Auteur(s) : Vinal, Donna, Wellman, Catherine, Tyser, Kathleen, Stites, Ingrid, Leaf, Jo, Larson, Anne, et Graves, Janet.

Titre : A determination of the health-protective behaviors of female adolescents: A pilot study.

Source : Adolescence, vol. 21(81) : 87 à 105, printemps 1986.

Forme : article de revue.

Adresse : Vinal, Université de Virginie, École de sciences infirmières, McLeod Hall, Charlottesville, Virginie, États-Unis 22903.

Niveau : III.

Dans cette étude, on s'est attaché aux besoins uniques et au stade de développement des adolescentes dans la caractérisation des comportements et des besoins de protection en matière de santé. A l'aide d'un questionnaire, on a interrogé 211 étudiantes de première année (âgées de 17 à 22 ans) fréquentant en résidence une petite université privée du Midwest afin d'évaluer leur connaissance et leur adoption de certains comportements de protection de la santé et de leur perception des besoins d'enseignement dans ce domaine. Les résultats indiquent que presque toutes ont su reconnaître les formes fondamentales de comportement de protection de la santé. En revanche, la majorité a fait voir une connaissance et une utilisation insuffisantes des pratiques de base en matière de soins de santé. Les besoins d'enseignement les plus mentionnés visaient la lutte contre le stress, la prévention du viol et du suicide, la sécurité et la prévention et le traitement des affections légères. Les auteurs font des suggestions pour la conception de programmes et présentent les conséquences sur le plan de la promotion de la santé.

(Résumé de revue)

(327) Auteur(s) : Ward, J. A.

Titre : Adolescent suicide: A discussion from a study of suicide among Native youth.

Source : renseignement non disponible, 1981.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

L'auteur présente une étude du suicide chez les jeunes autochtones en se fondant sur sa connaissance des comportements autodestructeurs dans les populations odawa et ojibway de l'île Manitoulin. Il cite d'abord des données d'incidence et de prévalence du suicide pour les adolescents et la population autochtone. Il décrit ensuite les facteurs de risque élevé et les démarches d'intervention et de traitement. Il s'étend enfin sur quelques applications visant les groupes à risque élevé au sein de la jeune population en général.

(CIES)

(328) Auteur(s) : Ward, J. A.

Titre : Preventive implications of a Native Indian Mental Health Program on Suicide and violent death.

Source : Journal of Preventive Psychiatry, vol. 2(3-4) : 371 à 385, 1984.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

L'incidence générale du suicide chez les autochtones est élevée dans toute l'Amérique du Nord et touche particulièrement le groupe d'âge 15-24 ans, bien qu'un certain nombre de réserves présentent un taux de suicide beaucoup plus bas que celui de la population en général. L'auteur évoque une série de huit suicides qui se sont produits dans une collectivité d'environ 200 personnes dans une réserve amérindienne canadienne en 1975. Après une étude des suicidés et des auteurs de tentative de suicide, un programme d'intervention et de prévention a vu le jour. On a adopté une démarche prévoyant une participation maximum des Amérindiens.

(C.I.E.S.)

(329)

Auteur(s) : Ward, J.A.

Titre : The response of an Indian community to a suicide epidemic: A follow-up report.

Source : Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise (10^{e} congrès), Ottawa (Ontario), Canada, 1979.

Forme : rapport (transcription de délibérations).

Niveau : III.

Une étude portant sur 12 auteurs de tentative de suicide et 10 personnes témoins en milieu autochtone a permis de dégager 25 facteurs «discriminants» importants. Une enquête du coroner sur une vague de suicides a donné naissance à un certain nombre de recommandations en matière d'intervention et de modification du cadre socio-culturel et éducatif. On ignore si les mesures prises ont eu une incidence sur le taux de suicide.

(C.I.E.S.)

(330)

Auteur(s) : Ward, J.A., et Fox, Joseph.

Titre : A suicide epidemic on a Indian Reserve.

Source : Revue de la l'Association canadienne de psychiatrie, vol. 22(8) : 423 à 426, décembre 1977.

Forme : article de revue.

Niveau : III.

Les auteurs ont recueilli des renseignements sur 8 jeunes Amérindiens du Canada âgés de 17 à 31 ans qui se sont suicidés sur une période de 12 mois, ainsi que sur leur famille et leur milieu. Les 8 suicidés étaient tiraillés entre la culture amérindienne et le monde moderne, avaient dû faire face à des problèmes de discorde et d'alcoolisme au sein de la famille, avaient une piètre estime de soi et étaient isolés sur le plan social.

(Psychological Abstracts)

(331) Auteur(s) : Ward, J.A., Fox, J., et Evans, A.L.

Titre : Suicide and the Canadian Indians.

Source : Réunion annuelle du Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise (9e congrès), Helsinki, Finlande, p. 389 à 401, 1977.

Forme : manuscrit.

Niveau : III.

Cet article renseigne en général sur le suicide chez les Amérindiens du Canada et s'attache aux aspects suivants : indicateurs de risque, suicide indirect, situation socio-économique, valeurs traditionnelles et caractère contagieux des actes de suicide.

(332) Auteur(s) : Wekstein, Loui.

Titre : Handbook of suicidology: Principles, problems, and practice.

Source : Brunner/Mazel Publishers, New York, 1979: ISBN 0-87630-211-8, cote RC569.W44.

Forme : livre.

Adresse : Brunnel/Mazel Publishers, 19, Union Square, New York, État de New York, États-Unis 10003.

Niveau : III.

L'auteur expose une démarche pluridisciplinaire en suicidologie. Il passe en revue les attitudes morales, religieuses et culturelles du passé et du présent à l'égard du suicide et souligne les effets subtils que ces attitudes peuvent avoir sur les activités actuelles dans ce domaine. Il analyse tout le champ des comportements dangereux sous l'angle des problèmes de collecte de données, des taux de suicide américains et mondiaux et des statistiques sur le suicide chez les médecins. On ignore les causes de ce type de comportement, mais les résultats d'étude passées et actuelles nous indiquent qu'il s'explique peut-être par un large éventail de facteurs complexes, dont certains échappent peut-être tout à fait au regard des spécialistes contemporains. L'auteur décrit les études cliniques récentes et en présente les résultats empiriques, les stratégies d'exécution et l'utilité dans le traitement des comportements dangereux. Il s'attache en outre aux liens entre le suicide et des syndromes comme ceux de la psychose et de la schizophrénie. Il parcourt tout l'éventail des stratégies de prévention, d'intervention et de postvention et met l'accent sur les procédés et les techniques de traitement des suicidaires et des «survivants» d'acte de suicide. Il poursuit en décrivant et en critiquant le manuel de prévention du suicide de l'American Association of Suicidology (qui comprend 14 «ateliers»). Un chapitre consacré à la gestion «des comportements dangereux» étudie

diverses thérapies et modes de traitement comme l'hospitalisation, la médication et les électrochocs. Le dernier chapitre porte sur les études cliniques et une série d'études de cas (réels).

(333)

Auteur(s) :	Wellman, Mary M.
Titre :	The school counselor's role in the communication of suicidal ideation by adolescents.
Source :	School Counselor, vol. 32(2) : 104 à 109, novembre 1984.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Wellman, Collège de Rhode Island, Providence, RI, États-Unis, 02908.
Niveau :	II.

Ce document examine et résume les messages verbaux et comportementaux d'adolescents «à risque suicidaire» selon le modèle de comportement suicidaire en 5 étapes proposé par J. Jacobs (1980). Les messages sont les suivants : tristesse dominante, difficultés de concentration, passage à l'acte, échec scolaire, isolement social, manque d'harmonie ou perturbations dans la famille, perte récente ou tentative de suicide d'un être cher, comportement atypique dans l'alimentation ou le sommeil, remarques verbales sur les sentiments d'échec, de non-valeur, d'isolement, d'absence ou de mort, remarques écrites du même ordre, accumulation de comprimés ou d'objets dangereux, don d'objets personnels, rédaction d'une note de suicide et tentatives de suicide antérieures. Le modèle en 5 étapes est appliqué à trois cas d'adolescents ayant des idées de suicide. Le premier est le cas d'un adolescent signalé par J.E. Mack et H. Hickler (1981) et les deux autres sont des cas d'adolescents connus de l'auteur. Celui-ci fait observer que souvent un enseignant attirera l'attention du conseiller scolaire sur un adolescent «à risque suicidaire». On devrait aiguiller les adolescents suicidaires vers l'équipe multidisciplinaire de planification et de placement et on devrait informer immédiatement les parents et les spécialistes. Les membres de l'équipe devraient se réunir sur-le-champ. Dans certains cas, il sera nécessaire d'orienter le suicidaire vers d'autres organismes de services sociaux. En coordonnant les efforts du conseiller, du psychologue et des enseignants, on s'assurera que les messages qui parviennent à l'adolescent ne sont pas contradictoires.

(Psychological Abstracts)

(334)

Auteur(s) :	Wellman, Mary M., et Wellman, Robert J.
Titre :	Sex differences in peer responsiveness to suicide ideation.
Source :	Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 16(3) : 360 à 378, automne 1986.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

On a évalué les attitudes et les vues de 1 165 étudiants du premier cycle en matière de suicide. On a relevé des différences selon le sexe en ce qui concerne la réceptivité à l'égard du suicidaire, la réaction au comportement de «pairs» suicidaires, les attitudes relatives à la valeur de suicidaires, l'incidence du suicide chez les adolescents et la moralité de l'acte de suicide. La fréquence ou la gravité des idées ou des tentatives de suicide chez les participants ne présentaient pas de divergences selon le sexe.

(Psychological Abstracts)

(335)

Auteur(s) :	Westermeyer, J.
Titre :	Disorganization: Its role in Indian suicide rates.
Source :	American Journal of Psychiatry, vol. 128(1) : 155 et 156, 1971.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

Ce document examine l'incidence des différences culturelles et des problèmes familiaux des Amérindiens sur le taux de suicide de ce groupe.

(336)

Auteur(s) :	Westermeyer, J., et Brantner, J.
Titre :	Violent death and alcohol use: Among the Chippewa in Minnesota.
Source :	Minnesota Medicine, vol. 55 : 749 à 752, août 1972.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

La mort violente est 5 fois plus fréquente chez les Amérindiens (Amérique du Nord) du Minnesota (appartenant en majeure partie à la nation Chippewa) qu'au sein de la population en général et représente la cause de décès la plus répandue dans ce groupe. La mort violente est plus souvent liée à la consommation d'alcool dans ce groupe que dans la population en général. Les victimes de mort violente ressemblent en gros aux victimes dans la population en général en ce qui concerne le sexe, l'âge et les teneurs sanguines en alcool. (Le document cite 9 références.)

(C.I.E.S.)

(337)

Auteur(s) :	Westermeyer, J., et Peake, E.
Titre :	A ten-year follow-up of alcoholic Native Americans in Minnesota.
Source :	American Journal of Psychiatry, vol. 140(2) : 189 à 194, février 1983.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

Il s'agit d'une étude complémentaire sur 10 ans de 45 Amérindiens alcooliques hospitalisés. Sur ce nombre, 7 n'avaient pas touché à l'alcool pendant au moins 2 ans, 7 n'avaient pas changé leur situation, 19 avaient vu leur état s'aggraver, 9 étaient décédés et 3 manquaient. Les améliorations étaient liées à la stabilité de l'emploi et du milieu familial et à la fermeté des liens personnels. Les vieux avaient un meilleur sort que les jeunes. Le rétablissement n'était pas fonction du degré de gravité de l'alcoolisme. Les programmes gérés par les Amérindiens étaient un facteur primordial dans 3 des 7 rétablissements.

(C.I.E.S.)

(338) Auteur(s) : Westermeyer, Joseph.

Titre : Firearms, legislation and suicide prevention.

Source : American Journal of Public Health, vol. 70(2) : 108, février 1984.

Forme : article de revue.

Niveau : I.

Aux États-Unis, on pourra réduire la mortalité élevée par suicide au moyen d'une arme à feu si on adopte des lois efficaces en matière de réglementation des armes à feu.

(339) Auteur(s) : Williams, Joseph.

Titre : Why are Blacks less suicide prone than Whites?

Source : Crisis, vol. 90(10) : 1 à 29, décembre 1983.

Forme : article de revue.

Niveau : II.

Ce document se demande pourquoi les Blancs ont de plus en plus tendance, à mesure qu'ils prennent de l'âge, à s'enlever la vie, alors que le taux de suicide chez les Noirs et dans d'autres groupes minoritaires culmine dans la vingtaine pour ensuite évoluer en baisse.

(ERIC)

(340) Auteur(s) : Wodarski, John S., et Harris, Pamela.

Titre : Adolescent suicide: A review of influences and the means for prevention.

Source : Social Work, vol. 32(5) : 4177 à 484, novembre-décembre 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : renseignement non disponible.

Niveau : II.

Ce document traite du suicide chez les adolescents, la troisième cause de décès en importance chez les jeunes. Il s'attache à la dépression, au stress, aux circonstances familiales et aux influences des pairs qui agissent sur l'adolescent et le prédisposent au suicide. Il examine le rôle des spécialistes dans les efforts de prévention et esquisse un programme d'intervention spécialisée visant au dépistage et au soutien de l'adolescent suicidaire.

(ERIC)

(341)

Auteur(s) :	Wolf, M.
Titre :	Suizidalita~t bei Jugendlichen und familiendynamische Prozesse. [Le suicide chez les jeunes et la dynamique familiale].
Source :	Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, vol. 135(6) : 79 et 80, 1985.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Wolf, Kinderpsychiatrischer Dienst, Winterhur, Suisse.
Niveau :	III.

Ce document décrit l'incidence, les causes initiales et la prévention du suicide et de l'intention de suicide chez les enfants et les adolescents. Des résultats de travaux de recherche qui ont porté sur 2 668 jeunes en Allemagne de l'Ouest confirment l'observation faite que le suicide est un phénomène en progression dans cette population et que la famille joue un rôle important dans l'étiologie du phénomène. Les mesures de prévention doivent viser les changements de la structure et des interactions familiales.

(Psychological Abstracts)

(342)

Auteur(s) :	Wyman, Leland C., et Thorne, Betty.
Titre :	Notes on Navaho suicide.
Source :	American Anthropologist, vol. 47 : 278 à 288, 1945.
Forme :	article de revue.
Niveau :	III.

Les tendances du phénomène du suicide chez les Navajos (du moins dans la région étudiée) sont bien définies aussi bien dans leur nature que dans leur apparition. Les victimes appartiennent pour la plupart aux groupes d'âge supérieurs et sont surtout de sexe masculin. Le suicide a habituellement lieu à la maison. Le moyen principal est l'arme à feu et le moyen secondaire, la corde (la chute du haut d'une falaise étant devenue un moyen désuet). Les principales causes et motifs du suicide sont la réaction à des circonstances de la vie du coeur (deuil douloureux de parents, jalousie conjugale et querelles de ménage) et la fuite devant les conséquences du crime ou de la maladie. De nombreux autres motifs qui interviennent dans d'autres cultures sont tout simplement absents. Il n'existe pas non plus de termes abstraits bien définis pour la notion de suicide et on ne trouve pas de légende d'origine dans la mythologie navajo pour les actes de

suicide et leur sanction. Ces limites des tendances observées peuvent expliquer en partie l'attitude de désapprobation modérée du suicide et de peine pour la victime. Elles indiquent en surface que le suicide est un facteur relativement peu important dans la culture navajo, mais Kluckhohn fait remarquer fort pertinemment qu'il n'y a pas que le caractère «extensif» de l'importance culturelle, mais aussi une dimension «intensif», qualitative à la base des distinctions à établir. Pour son auteur, la tentative de suicide présente un caractère éminemment adaptatif (comme l'acte de suicide réussi au bout du compte, car ne dit-on pas en réaction à un suicide, pour reprendre une plaisanterie éculée, que c'est bien fait pour la victime et que ça lui donnera une leçon), mais on pourrait dire en toute justice que, pour la société navajo en général, si le suicide devait être aussi important comme réaction autiste à la privation que la sorcellerie, par exemple, on devrait s'attendre à constater une configuration moins limitée du phénomène avec des ressources mythologiques de sanction, de terminologie, de techniques, de répartition dans certaines catégories de temps et d'espace, etc., comparables à celles de la sorcellerie. Pour paraphraser Kluckhohn, le suicide n'est donc qu'un phénomène parmi plusieurs où il nous est loisible d'observer et d'étudier l'interaction entre l'organisme navajo et l'évolution du milieu.

Dans la configuration de l'eschatologie, il y a l'idée-force que l'esprit d'un suicidé va dans le monde de l'au-delà et peut revenir sous la forme d'un fantôme semblable par sa nature aux autres fantômes, mais qui constamment porte l'arme de son suicide et ne peut vivre ni avec d'autres esprits ni au même endroit qu'eux à cause de la crainte qu'il inspire.

(Résumé de l'auteur)

(343)

Auteur(s) :	Yates, Alayne,
Titre :	Current status and future directions of research on the American Indian child.
Source :	American Journal of Psychiatry, vol. 144(9) : 1135 à 1142, septembre 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	Yates, Département de psychiatrie, Centre des sciences de la santé de l'Arizona, Tucson, Arizona, États-Unis 85724.
Niveau :	II.

Les Amérindiens forment la population la plus défavorisée des États-Unis. A l'adolescence, les Amérindiens présentent un taux plus élevé de suicide, d'alcoolisme, d'abus des drogues, de délinquance et de placement extrafamilial. Le rendement scolaire laisse très nettement à désirer et nombreux sont les jeunes qui décrochent avant d'obtenir leur diplôme d'études secondaires. L'enfant amérindien comprend son environnement par l'intuition, la vue et l'image, mais à l'école anglo-américaine, les facultés d'audition, d'abstraction et d'expression par le langage prédominent. Cette différence aggrave les problèmes existants de pauvreté, de désorganisation, d'aliénation, de dépression et d'opposition des générations et pourrait expliquer en partie l'incidence plus grande des troubles émotifs et comportementaux chez les adolescents amérindiens.

(Résumé de revue)

(344) Auteur(s) : Young, Thomas J.

Titre : Adolescent suicide: The clinical manifestation of alienation.

Source : High School Journal, vol. 69(1) : 55 à 60, octobre-novembre 1985.

Forme : article de revue.

Adresse : Young, Université du Nebraska, Lincoln, Nebraska, États-Unis 68508.

Niveau : III.

Ce document examine la théorie suivant laquelle le suicide de l'adolescent est en gros une manifestation clinique d'aliénation et de pathologie sociale. Au nombre des sources d'aliénation chez l'adolescent, on compte les messages sociaux contradictoires concernant la sexualité et l'autonomie, la marginalité sociale, politique et économique, la bureaucratisation de la structure familiale et l'existence de structures sociales qui aggravent les problèmes socio-psychologiques d'insécurité ontologique. On devra prêter une plus grande attention à la prévention primaire si on espère réduire dans une mesure appréciable les taux de suicide chez les adolescents. Il faudra apporter des changements sociaux propres à atténuer les sentiments d'aliénation et de frustration existentielle dans l'adolescence. L'école devrait mettre l'accent sur l'apprentissage créateur et humaniste à orientation collective et devrait offrir des mécanismes suffisants d'«adéquation» pour protéger les élèves contre les excès de stress en milieu scolaire. Bien que l'épidémie de suicides chez les adolescents soit un problème complexe où interviennent plusieurs facteurs, les éducateurs peuvent jouer un rôle important en faisant adopter des mesures de prévention à l'école, dans la collectivité et dans le cadre plus général des structures sociales.

(Psychological Abstracts)

(345) Auteur(s) : Zimmerman, S.L.

Titre : States' public welfare expenditures as predictors of state suicide rates.

Source : Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 17(4) : 271 à 287, hiver 1987.

Forme : article de revue.

Adresse : Zimmerman, Université du Minnesota, Minneapolis, Minnesota, États-Unis 55455.

Niveau : IV.

Cette étude de régression multiple à caractère exploratoire s'est appuyée sur la théorie de l'intégration sociale pour examiner l'importance relative des dépenses de bien-être social d'un État (par habitant) pour la prévision des taux de suicide après prise en compte des effets des taux de divorce, des taux de variation démographique dans l'État et du pourcentage de gens dont le revenu annuel varie entre 10 000 $ et 19 999 $. Les quatre

variables rendaient compte ensemble de 0,73 de la variance expliquée des taux de suicide de l'État, mais les effets des dépenses de bien-être social par habitant n'étaient pas très importants quand on prenait en considération ceux des autres variables. Cela ne veut pas dire cependant que ces dépenses n'ont rien à voir avec les taux de suicide, car elles étaient en relation inverse avec chacune des trois autres variables indépendantes qui étaient toutes positivement liées aux taux de suicide. On doit en conclure que le lien de ces dépenses avec le phénomène du suicide est indirect et se présente dans le sens négatif. L'auteur examine brièvement les conséquences de ces constatations sur le plan des politiques et des activités de prévention du suicide.

(Medline)

(346)

Auteur(s) :	Zinner, Ellen S.
Titre :	Responding to suicide in schools: A case in loss intervention and group survivorship.
Source :	Journal of Counselling and Development, vol. 65(9) : 499 à 501, mai 1987.
Forme :	article de revue.
Adresse :	renseignement non disponible.Niveau :II.

Ce document propose des stratégies générales d'intervention en survivance de groupe dans le cadre d'une étude de cas de suicide d'écoliers (école primaire). Il les examine en évoquant directement les efforts d'intervention de la classe, de l'ensemble des élèves, des enseignants, du directeur et des parents à l'école primaire.

(ERIC)

2.2 Index-auteurs

A

Adams, K.S. 298

Affaires indiennes et du Nord Canada 68

Alberta Department of Education 2

Allen, B.P. 3

Allen, David B. 97

Allen, Nancy H. 222

Alonso-Fernandez, Francisco 4

American Association of Suicidology 5

Amisson, Thomas J. 100

Andriola, K.R. 6

Armstrong, S. 7

Association canadienne pour la santé mentale 35

B

Bagley, C.R. 8

Bagley, Christopher 9

Baker, Susan 290

Bapp, J.F. 282

Bapp, John 77

Barnes, R.A. 10

Barnes, Sharon 232

Barton, Stephen N. 207

Bascue, Loy O. 144

Bauman, Kay A. 193

Beck, Aaron T. 11, 12

Berent, Irving 13

Berglund, M. 14

Berlin, I. 15, 16
Berlin, I.N. 17, 18
Berlin, Irving N. 19, 20
Berman, Alan L. 21
Bigfoot, D.S. 166
Bittker, T.E. 288
Blackstock, E.G. 22
Blanchard, E.L. 23
Blanchard, J.D. 23
Blumenthal, S.J. 24
Boldt, Menno 25, 26, 27, 150
Bonacci, David 42
Bonner, Ronald L. 28
Brant, C.C. 29
Branter, J. 330
Brent, David 71
Bromet, Evelyn J. 71
Brooks, Richard M. 222
Brown, Brenda 30
Brown, J.M. 31
Bryant, T. 32
Buffler, P.A. 159
Bulletin of Suicidology 33
Bureau des affaires indiennes
Washington, DC 141
Burgess, A.W. 195

C

Calhoun, Lawrence G. 34
Campbell, W. 264
Capuzzi, Dave 36
Carstenson, Lundie L. 251

Chandrasena, R. 37
Chandrasena, R.D. 38
Chiles, John A. 39
Cimbolic, Peter 124
Civeira Murillo, Jose M. 40
Clements, Colleen D. 41, 42
Clum, George A. 43
Cochran, John R. 95
Cochran, Kent Scott 44
Collins, J.P. 45
Comité albertain sur l'enfance et de la jeunesse 1
Comité consultatif provincial sur la prévention du suicide 301, 302
Committee on (COSAD) 46
Concerned Citizens Committee 47
Congrès des É.-U., Washington, Comité de la Chambre des représentants sur l'éducation et le travail 48, 49
Congrès des É.-U., Washington, DC, Comité spécial de la Chambre des représentants sur le vieillissement 50
Congrès des É.-U., Washington, DC, Comité spécial de la Chambre des représentants sur l'enfance, la jeunesse et la famille 51
Congrès des É.-U., Washington, DC, Comité du Sénat sur les affaires judiciaires 52, 53
Conn, J.M. 265
Conrad, Rex, D. 54
Cook, Brian L. 55
Coombs, David, W. 207

Cornish, J. 31
Cotton, Paul G. 56, 79
Crandall, Arlene B. 268
Crawford, E. 264
Crawford, Sylvia 292
Crockett, A.W. 57
Cummings, P.J. 58
Cutler, R. 59
Cutter, Fred 60
Cynamon, M.H. 288

D

Dashef, Stephen S. 61
Dauphinee, D. 62
Davenport, J. 63
Davenport, J.A. 63
Davidson, L.E. 265
Davis, Brian 263
Davis, John, M. 64
Davis, Patricia A. 65
de las Heras, J. 40
Delisle, Jim 66
Dempsy, Richard A. 67
Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social des États-Unis 320
Devereux, G. 69, 70
Dew, Mary Amanda 71
Diekstra, Rene F.W. 72, 73
Dingman, C.W. 74
Dizmang, L. H. 75, 76
Dizmang, Larry H. 77, 192, 258

Doka, Kenneth 78
Drake, Robert6 E. 56, 79
Duenas, M. 40
Dyck, R.J. 80, 81

E

Eaton, P. 261
Einsidler, Bernice 111
Emery, Gary 12
Ennis, J. 10
Enriquez, Virgilo G. 82
Evans, A.L. 83, 89, 331
Everett, M.W. 84, 178

F

Fain, Pamela R. 87
Farberow, N.L. 85
Farberow, Norman L. 260
Fédération des Nations indiennes de la Saskatchewan (FNIS) : Commission de la santé et du développement social 86
Fine, Paul 87
Fitchette, B 88, 303
Fox, J. 89, 90, 331
Fox, Joseph 91, 330
Frances, Allen 92
Frederick, C.J. 93
French, L. 94
Fujimura, Laura E. 95
Fuse, T. 96

G

Gates, Charlene 56, 79
Gazay, Louis 112
Getz, William L. 97
Giovacchini, Peter 98
Glatt, K. L. 99
Glatt, Kenneth M. 100
Gold, D.D. Jr. 101
Goldberg, R.J. 102
Gonzolez Forester, Tomas 103
Gordon, B. 81
Gould, Madelyn S. 104
Graham, J.C. 107
Graves, Janet 326
Green, Ben Ezra 105
Greenhouse, Joel B. 71
Groupe d'étude national sur le suicide au Canada 226
Grove, O. 106
Gustein, S.E. 107

H

Haenel, T. 108
Haggag, A. 234
Haile, Penelope J. 109
Hals, Elaine 110
Hanigan, D. 315
Hankoff, L. D. 111
Harris, Pamela 340
Harvey, Elinor B. 112
Hatton, C.L. 113
Havighurst, Robert J. 114

Hayes, K. 115
Hayes, P.A. 115
Heehne, Lynn 42
Heilbron, David D. 221
Hengeveld, M.W. 118
Henry, Phil 119
Henry, Phillip N. 120
Herkhof, A.J. 118
Hess, Allen K. 121
Hill, C.A. 122, 235
Himmelhoch, J.M. 123
Hipple, John 124
Hislop, T.G. 125
Hlady, W.G. 126
Hobart, C. 127
Hochkirchen, Bernward 128
Hodgman, Christopher H. 129
Hodson, D. 130, 131, 132
Hodson, David 133
Hoffmaster, C.B. 134
Hogarty, S.S. 135
Holigner, P.C. 136
Hopkins, R.W. 229
Hornblow, Andrew R. 137
Hornbuckle, J. 94
Hubbard, Richard W. 200
Hughes, Charles C. 171
Humphrey, John A. 138
Hunt, Claire 139

I

Imboden, Clinton U. 140

Indian Record 143
Inman, David J. 144

J
Jacobs, Douglas 145
Jacoby, Bruce 146
Janus, M. 195
Jarvis, G.K. 147, 148, 149
Jarvis, George K. 150
Jensen, Amy Hillyard 151
Jewell, Barbara L. 201
Jilek, Wolfgang 128
Johnson S.W. 152
Johnson, Wanda Y. 153
Jorstad, J. 154
Juster, Richard P. 221

K
Kahn, Marvin W. 54, 155
Kahn, Wallace J. 144
Katz, P. 190
Klagsbrun, Francine 156
Kliewer, E.V. 157
Kost-Grant, Brian L. 158
Krantz, P. 14
Kraus, R.F. 159
Krawll, M.B. 160, 161
Kreitman, N. 162
Krugley, Richard A. 163
Kunitz, S.J. 176, 177, 178
Kunitz, Stephen J. 180
Kupferer, H.J. 164

Kupferer, Harriet J. 138

L

LaDue, Robin A. 165
LaFramboise, T.D. 166
Lancet, The 167
Larson, Anne 326
Leaf, Jo 326
Leder, Jane Mersky 168
Leenaars, A.A. 169, 170
Leeper, James D. 207
Lehman, Cynthia J. 270
Leighton, Alexander H. 171
Lennox, Carolyn 172
Lester, D. 175
Lester, David 11, 173, 174
Lester, G. 175
Lettieri, Dan J. 11
Levitt, Lynn 109
Levy, J.E. 176, 177, 178
Levy, Jerrold E. 179, 180
Lewis, Dorothy B. 216
Lewis, Thomas H. 181
Linder, Karen C. 97
Linnoila, Marku 267
Lippman, S. 240
Long, K.A. 182, 183
Loo, Robert 184
Lundgvist, G. 14
Lynge, J 106

M

Mack, John L.	145
MacLean, B.	185
Main Frandk O.	186
Maki, Takeshi	187
Maggie, Don	313
Maggie, Martin	313
Manitowabi, D.	90, 91
Manson, Spero M.	286
Maris, Ronald W.	188
Martin, M.	40
Martinez Lanz, Patricia	189
May, P.A.	190
May, Philipp A.	77, 191, 192, 323
Mayer, Patricia A.	193
McAlpine, D.E.	194
McBride, Valente S	113
McCormack, A.	195
McDougall, Sheila	196
McGinnish, Michael J.	197
McGlashan, T.H.	74
McIntire, Matilda S.	87
McIntosh, J.L.	198
McIntosh, John L.	199, 200, 201, 202, 203, 204, 205
McShane, D.	206
Middaugh, J.P.	126
Miller, Howard L.	207
Miller, M.	208
Miller, Marv	209, 210, 211, 212
Miller, Sheldon I.	213
Mills, Marlene C.	214
Minde, K.K.	215

Moore, Pamela S. 216
Morgan, M.W. 217
Morrison, James L. 218
Morrison, N. 59
Morse, Maria 119
Motto, Jerome A. 11, 219, 220, 221, 222
Myers, R. Keith 97

N

Narveson, Jan 223
Native Counselling Services of Alberta 227, 228
Neiger, B.L. 229
Nelson, F.L. 230
Nelson, Franklyn L. 231
Neville, Doreen 232
Nissen, T. 234
Nystul, Micheal S. 227

O

Offer, D. 136
Ogden, M. 235
Ojanlatva, Ansa 236
Osgood, N.J. 237
Ottens, Allen J. 238

P

Parkin, Michael 239
Pary, R. 240
Patterson, D. 81
Peake, E. 337
Peck, Michael L. 241

Pelej, John P. 242
Pelicier, Yves 243
Peniston, Eugene G. 244
Pentikainen, Juha 245
Perrone, Philip A. 246
Peters, R. 247
Peters, R.W. 310
Peters, Ron 248, 249
Pfeffer, Cynthia R. 250
Phillips, David P. 251, 252
Pine, Charles J. 253
Pohlmeier, Hermann 254
Polk, Sophie 255
Pollard, Robert 256
Prasad, Ashoka J. 257
Prince, M.T. 115
Privitera, Micheal 42
Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones 224
Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (région du Pacifique) 225

R

Rayah, L.L. 107
Reed, Raymond 290
Resnik, H.L.P. 258
Resnik, Harvey L. 11
Reynolds, David K. 259, 260
Reynolds, P. 261

Rich, Alexander R. 28
Robertson, B.M. 262
Robins, Elia 263
Rodaitis, C.M. 135
Roll, S. 23
Rosenberg, M.L. 264
Ross, Charlotte 222
Ross, Colin A. 265
Rotherham, M.J. 266
Roy, Alec 267
Rudd, M.D. 107
Rush, John A. 12

S

Sadoff, Wallace L. 268
Saffer, Jerry B.
269Safran, Stephen P. 270
Saltijeral, M. 189
Samuels, Bennett 112
Santé et Bien-être social Canada 116
Santé et Bien-être social Canada, région de Saskatchewan 117
Santora, D. 271
Santos, John F. 202, 203, 204, 205
Satorius, Norman 272
Saunders, Judith M. 321
Schoenfeld, Lawerence C. 213
Schuckit, Judith J. 273
Schuckit, Marc A. 273
Seiden, Richard H. 274

Service d'éducation de l'État de New York 233
Services de santé des Indiens et des Inuit, Canada 142
Seva, Diaz A. 275
Shaffer, David 104
Sharlin, Shlomo A. 276
Shaughnessy, Michael F. 277
Shaw, Brian F. 12
Shaw, Peggy Ann 144
Shenhar, Aliza 276
Sherwood, David W. 100
Shields, Jack Richard 278
Shneidman, Edwin 210, 279
Shneidman, Edwin S. 111, 280, 281
Shore, J.H. 282
Shore, James H. 283, 284, 285, 286
Siegel, K. 287
Sievers, M.L. 288
Simon, Werner 289
Simpson, Sylvia G. 290
Smith, J.C. 265
Smith, Jack C. 291
Smith, Kim 292
Solursh, L. 293
Soubrier, Jean P. 294
Spaulding, John M. 295
Spector, M.I. 122, 235
Starkey, P. 271
Steinberg, A. 296
Stephens, R. 297
Stites, Ingrid 326

Storm, Doris 146
Streiner, D.L. 298
Stromee, Victoria Margaret 299
Sudak, H.S. 300
Swanson, Gary B. 303
Swenson, D.D. 76
Syer, D. 304
Syer, Diane 305
Syer, Diane S. 306
Syer-Solursh, D. 293
Szasz, Thomas 111, 188, 307

T

Tanney, Bryan L. 308
Taylor, R. 309
Teret, Stephen 290
Termansen, P.E. 310
Termansen, Paul E. 249
Thompson, J.W. 311
Thompson, T.R. 312
Thorne, Betty 342
Thurman, Pam Jumper 313
Tobias, C.R. 240
Tonkin, R.S. 314
Tousignaut, M. 315
Trainor, D. 316
Travis, Robert 317, 318
Trovato, F. 319
Tucker, P. 287
Tyser, Kathleen 326

V

Valente, Sharon M. 321
van der Wal, J 118
VanWinkle, N.S. 322
VanWinkle, Nancy Westlake 323
Victoroff, Victor M. 324
Vidal, John A. 325
Vinal, Donna 326

W

Wainman, G. 62
Waller, T.R. 282
Ward, J.A. 89, 90, 91, 327, 328, 329, 330, 331
Ward, R.H. 157
Watson, Jane 77
Weis, David M. 75
Wekstein, Louis 332
Wellman, Catherine 326
Wellman, Mary M. 333, 334
Wellman, Robert J. 334
Wenchstern, S. 170
West, John D. 186
Westermeyer, J. 335, 336, 337
Westermeyer, Joseph 338
Whitaker, Anne 79
Williams, Joseph 339
Wills, John S. 252
Wodarski, John S. 340
Wolf, M. 341
Wyman, Leland C. 342

Y

Yates, Alayne 343

Yerevanian, Boghos 42

Young, Thomas J. 344

Z

Zola, M.A 136

Zimmerman, S.L. 345

Zinner, Ellen S. 346

2.3 Index-matières

A

abus de l'alcool — 11, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 39, 45, 47, 51, 54, 55, 59, 86, 91, 93, 95, 106, 111, 112, 114, 123, 126, 128, 150, 155, 158, 159, 163, 165, 167, 175, 177, 178, 179, 180, 190, 192, 193, 194, 198, 199, 206, 213, 226, 229, 237, 241, 244, 245, 255, 258, 263, 267, 273, 277, 283, 284, 295, 300, 301, 302, 303, 304, 306, 310, 318, 328, 330, 336, 337, 343

abus des drogues (autres toxicomanies) — 19, 39, 51, 54, 77, 86, 95, 105, 111, 163, 193, 229, 255, 273, 277, 284, 285, 288, 295, 301, 303, 343

abus de (substances) toxiques — 19, 58, 86, 159, 273, 283, 300

acte de suicide réussi — 6, 11, 13, 19, 21, 22, 39, 42, 47, 53, 54, 58, 70, 72, 74, 84, 89, 126, 142, 156, 163, 171, 180, 185, 201, 206, 209, 212, 216, 235, 241, 263, 267, 273, 283, 285, 288, 295, 314, 322, 323, 328

Adler — 186

adolescence — 3, 4, 7, 17, 23, 36, 48, 65, 66, 81, 90, 98, 115, 128, 136, 150, 152, 153, 156, 166, 170, 175, 176, 183, 191, 193, 195, 199, 206, 216, 218, 233, 241, 255, 264, 266, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 276, 292, 299, 300, 313, 314, 326, 333, 343

âge — 4, 10, 20, 21, 22, 27, 35, 36, 37, 55, 57, 60, 64, 68, 83, 136, 142, 148, 149, 150, 196, 198, 201, 204, 235, 237, 245, 249, 257, 263, 264, 265, 173, 274, 290, 303, 310, 312, 314, 315, 318, 319, 323, 326, 328, 336, 342

agression sexuelle — 195

aide spécialisée — 10, 11, 12, 26, 39, 42, 43, 44, 45, 57, 60, 83, 90, 95, 97, 116, 124, 156, 172, 225, 229, 241, 247, 268, 276, 307, 324, 340

aiguillage — 140

Alaska — 96, 105, 126, 152, 158, 159, 161, 239, 253, 255, 296, 318

Alberta — 1, 2, 8, 26, 27, 45, 58, 81, 147, 149, 196, 227, 228, 297, 309

Aléoutes — 112, 158, 245

Allemagne — 254, 289, 341

Amérindien (Indien) (voir aussi «autochtone»)
1, 6, 8, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 29, 32, 33, 45, 47, 58, 59, 63, 68, 69, 70, 75, 76, 77, 82, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 105, 111, 112, 113, 114, 116, 122, 125, 127, 128, 130, 131, 133, 138, 141, 142, 143, 147, 148, 149, 150, 155, 158, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 190, 191, 192, 196, 198, 202, 205, 206, 208, 209, 211, 213, 217, 224, 225, 227, 228, 235, 244, 245, 248, 253, 258, 265, 271, 274, 282, 283, 284, 285, 296, 288, 290, 293, 295, 297, 299, 300, 304, 305, 306, 309, 310, 311, 313, 314, 316, 320, 322, 323, 324, 327, 328, 329, 330, 331, 335, 336, 337, 339, 342, 343

amis
34, 95, 114, 124, 151, 156, 168, 193, 237, 245, 269, 303

anciens (aînés)
20, 204, 274

Angleterre
162, 167, 257, 289

antécédents
65, 70, 111, 124, 175, 216, 243, 253, 306

anxiété
12, 112, 154, 195

Apaches
84, 180, 190, 322, 323

Arizona
84, 103, 299

armes à feu
126, 158, 179, 184, 203, 263, 264, 285, 295, 314, 323, 338

ateliers
26, 64, 76, 86, 120, 186, 212, 227, 228, 302, 309, 332

attitudes
45, 65, 72, 80, 83, 103, 134, 144, 156, 171, 199, 217, 227, 228, 245, 278, 296, 300, 305, 325, 332, 334

Australie
155

autochtone (voir aussi «Amérindien (Indien)» et «Inuit»)
9, 19, 26, 51, 105, 117, 122, 132, 133, 149, 150, 158, 159, 185, 199, 203, 204, 205, 226, 228, 239, 241, 248, 253, 296, 293, 301, 302, 306, 310, 311, 312, 318, 329

autopsie psychologique
23, 241

B

bibliographie
208, 248

bien-être
9, 21, 345

C

Californie 230

Canada 1, 2, 7, 8, 9, 22, 25, 26, 27, 29, 31, 35, 37, 38, 39, 45, 47, 58, 59, 62, 68, 80, 81, 83, 86, 88, 89, 90, 91, 116, 125, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 142, 143, 147, 148, 149, 150, 157, 160, 161, 162, 169, 170, 184, 195, 196, 215, 224, 226, 227, 228, 247, 248, 249, 261, 262, 265, 293, 297, 301, 302, 304, 305, 306, 309, 310, 312, 314, 315, 316, 319, 327, 328, 330, 331

caractérisation (classement) des suicides 11, 129, 210, 275, 283, 324

Caroline du Nord 94, 120, 138, 164

causes 1, 4, 11, 13, 23, 29, 52, 65, 86, 89, 90, 98, 111, 117, 129, 132, 142, 146, 156, 171, 175, 179, 212, 226, 243, 263, 271, 277, 279, 280, 281, 305, 306, 309, 310, 313, 324, 327, 328, 332, 341, 342

centres de prévention du suicide 20, 26, 33, 40, 71, 119, 137, 156, 162, 163, 167, 187, 207, 216, 220, 222, 227, 232, 241, 247, 275, 282

Cherokees 94, 138, 313

Cheyennes 75, 175, 182

collectivité 18, 23, 26, 37, 51, 52, 63, 76, 93, 112, 127, 130, 133, 161, 183, 197, 218, 222, 224, 225, 227, 228, 233, 247, 264, 265, 268, 282, 301, 302, 306, 309, 311, 316, 321, 328, 329, 330, 344

Colombie-Britannique 59, 116, 125, 157, 225, 247, 310

comportement (voir aussi «comportement autodestructeur») 4, 11, 12, 28, 30, 39, 43, 53, 67, 72, 87, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 118, 124, 137, 163, 165, 177, 194, 202, 212, 216, 241, 248, 258, 259, 263, 275, 278, 279, 280, 281, 284, 296, 292, 313, 315, 318, 325, 326, 333, 334, 343

comportement autodestructeur (voir aussi «comportement») 6, 15, 31, 76, 96, 101, 116, 128, 130, 131, 138, 139, 158, 159, 190, 191, 232, 261, 262, 292, 300, 305, 311, 307, 327

conseiller 20, 97, 124, 246, 299

consommation d'alcool 11, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 39, 45, 47, 51, 54, 55, 59, 86, 91, 93, 95, 106, 111, 112, 114, 123, 126, 128, 150, 155, 158, 159, 163, 165, 167, 175, 177, 178, 179, 180, 190, 192, 193, 194, 198, 199, 206, 213, 226, 229, 237, 241, 244, 245, 255, 258, 263, 267, 273, 277, 283, 284, 295, 300, 301, 302, 303, 304, 306, 310, 318, 328, 330, 336, 337, 343

consommation de drogues 19, 39, 51, 54, 77, 86, 95, 105, 111, 163, 193, 229, 255, 273, 277, 284, 285, 288, 295, 301, 303, 343

consultation 26, 36, 41, 44, 45, 46, 48, 58, 95, 97, 109, 113, 116, 121, 124, 137, 143, 145, 166, 170, 225, 229, 231, 232, 242, 246, 247, 269, 277, 299, 310, 329, 333, 346

consultation de pairs 166, 218

crise 11, 35, 36, 52, 111, 120, 121, 124, 146, 156, 163, 168, 225, 241, 268, 324, 325

D

décès 8, 27, 47, 59, 67, 68, 69, 70, 78, 86, 122, 125, 126, 141, 147, 150, 151, 155, 158, 159, 164, 177, 180, 185, 192, 216, 231, 264, 269, 290, 293, 300, 304, 321, 322, 327, 335

développement social 63, 66

dépression 2, 12, 13, 14, 17, 20, 28, 30, 35, 36, 42, 67, 81, 87, 103, 112, 116, 117, 124, 128, 129, 153, 154, 175, 181, 186, 194, 206, 212, 216, 225, 229, 237, 240, 244, 250, 261, 264, 267, 270, 277, 284, 286, 299, 300, 303, 310, 340, 343

deuil 26, 34, 46, 69, 143, 151, 170, 182, 220, 245, 269, 301, 302, 321

différences selon le sexe 19, 20, 21, 22, 27, 37, 54, 64, 65, 94, 114, 125, 142, 148, 157, 185, 195, 198, 201, 202, 203, 209, 249, 253, 265, 272, 274, 278, 283, 289, 295, 300, 310, 314, 319, 326, 334, 336, 339, 342

différences tribales 15, 16, 191, 205, 253, 283, 284, 310, 323

dotation (effectif(s)) 119, 144, 220, 222, 260

Durkheim 63, 171, 317, 319

E

écoles — 2, 15, 16, 17, 20, 23, 30, 36, 44, 46, 53, 58, 64, 65, 67, 66, 77, 98, 105, 109, 112, 114, 120, 139, 152, 153, 169, 170, 172, 193, 206, 210, 218, 230, 233, 234, 236, 241, 242, 246, 250, 268, 277, 285, 292, 299, 321, 325, 333, 343, 344, 346

éducation — 36, 37, 81, 115, 152, 170, 296

effets (incidence) — 34, 49, 67, 68, 78, 104

efficacité — 71, 82, 99, 100, 133, 137, 153, 167, 199, 207, 308, 316

ego — 76, 89, 90, 175, 241, 244, 278, 305, 328

élèves (étudiants) — 2, 28, 50, 61, 78, 82, 103, 109, 110, 200, 238, 241, 242, 246, 277, 292, 315, 325, 326, 333, 346

enfants (voir aussi «adolescence») — 17, 19, 87, 105, 170, 189, 215, 216, 233, 250, 255, 268, 270, 312, 314, 341, 346

enseignants — 30, 36, 46, 53, 66, 67, 110, 120, 139, 153, 172, 230, 241, 242, 270, 277, 299, 325, 333, 346

épidémiologie — 15, 16, 27, 37, 47, 54, 58, 59, 71, 76, 136, 196, 197, 226, 272, 273, 283, 284, 290, 293, 297, 309, 311, 314, 323, 332

Espagne — 4, 40, 243

Esquimaux (voir «Inuit»)

estime de soi — 56, 90, 154, 175

États-Unis — 5, 6, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 32, 33, 52, 54, 68, 69, 70, 74, 75, 76, 84, 85, 93, 94, 96, 99, 100, 104, 105, 111, 113, 120, 122, 126, 135, 136, 138, 139, 141, 152, 155, 156, 158, 159, 161, 164, 165, 167, 171, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 186, 190, 191, 192, 194, 198, 205, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 217, 218, 235, 242, 244, 248, 251, 253, 255, 258, 259, 263, 264, 271, 273, 274, 278, 282, 284, 285, 296, 288, 289, 290, 291, 299, 311, 317, 320, 322, 323, 332, 333, 335, 336, 337, 338, 342, 345

États-Unis, région du Sud-Ouest — 177, 178, 211, 288

éthique — 41, 73, 124, 138, 188, 222, 223, 231, 294, 307, 321, 324

étiologie (voir «causes»)

étude de cas — 7, 23, 37, 61, 69, 76, 83, 97, 98, 108, 111, 134, 146, 156, 163, 168, 183, 210, 241, 260, 262, 282, 332

étude clinique 11, 41, 55, 97, 103, 219, 221, 250, 257, 260, 332, 344
étude sur le terrain 19, 21, 27, 28, 55, 70, 128, 179, 212, 213, 285, 295, 329
Europe 72, 207, 272
euthanasie 73, 254, 263
évaluation de programmes 133, 160, 172, 222, 238, 254, 293, 328
évaluation de risques 11, 12, 13, 24, 39, 42, 76, 93, 97, 101, 102, 113, 124, 163, 183, 210, 212, 215, 221, 232, 233, 240, 256, 261, 266, 272, 278, 324, 333
examen de la documentation spécialisée 3, 71, 111, 206, 271, 284, 306, 339

F

facteurs biologiques 55, 111, 125, 216, 219, 241, 257, 267, 277
facteurs démographiques 1, 11, 15, 16, 27, 68, 86, 89, 95, 122, 124, 136, 141, 142, 149, 163, 196, 198, 209, 212, 241, 249, 263, 274, 278, 282, 283, 290, 291, 307, 310, 312, 322, 323, 339
facteurs du milieu 8, 9, 11, 20, 39, 47, 51, 54, 59, 63, 150, 166, 174, 182, 183, 239, 241, 245, 311, 331, 343
facteurs psychosociaux 6, 16, 17, 18, 47, 58, 63, 70, 75, 84, 90, 127, 130, 132, 155, 165, 175, 221, 289, 305
facteurs de risque 10, 11, 12, 19, 20, 21, 24, 49, 53, 55, 57, 60, 77, 79, 95, 104, 106, 123, 124, 135, 150, 156, 163, 173, 209, 211, 212, 216, 219, 221, 226, 237, 341, 252, 266, 268, 273, 270, 276, 278, 289, 309, 310, 312, 327, 331, 338
facteurs socio-culturels 15, 16, 19, 20, 21, 29, 38, 54, 63, 70, 75, 76, 77, 85, 86, 87, 90, 91, 106, 113, 128, 131, 132, 158, 159, 161, 166, 171, 174, 175, 177, 179, 182, 190, 191, 192, 196, 202, 203, 239, 241, 245, 253, 258, 271, 283, 284, 296, 310, 323, 329, 330, 335, 344
facteurs socio-économiques 8, 11, 21, 29, 62, 72, 86, 114, 209, 306, 317, 318, 319, 331, 343, 344, 345
famille 11, 13, 15, 16, 18, 19, 23, 28, 30, 34, 37, 42, 51, 56, 58, 61, 64, 65, 66, 67, 77, 86, 87, 92, 95, 98, 107, 112, 114, 116, 117, 124, 155, 156, 168, 171, 172, 179, 189, 192, 196, 216, 217, 225, 229, 230, 233, 234, 237, 240, 241, 270, 277, 278, 283, 299, 305, 306, 310, 318, 330, 333, 335, 337, 341, 340, 344, 346
financement 25, 26, 48, 49, 52, 119, 301, 302Finlande244

formation 25, 26, 30, 40, 44, 109, 120, 121, 140, 144, 152, 160, 200, 212, 222, 224, 228, 230, 238, 241, 242, 255, 301, 321, 332

France 294

G

gardien (des lieux) 26, 75, 170

génétique 55, 219

gouvernement 48, 49, 50, 51, 52, 53, 119, 120, 141, 165, 176, 230, 301, 302, 310, 338

Groenland 106

groupes de Bons Samaritains 111, 167, 207, 301, 302

groupes minoritaires (minorités) 50, 155, 202, 203, 204, 241, 339

H

homicide 59, 93, 138, 147, 150, 158, 164, 173, 174, 175, 177, 178, 180, 235, 284, 336

Hopis 176, 177

hôpitaux 38, 40, 42, 87, 102, 104, 111, 135, 194, 210, 240, 260, 262, 324, 332

I

idées de suicide 12, 22, 28, 39, 79, 163, 193, 195, 250, 292, 315, 333

incidence (voir «taux de suicide»)

information générale 7, 80, 81

intention de suicide 10, 11, 74, 80, 154, 215, 250, 257, 259, 261, 341

intervention (voir aussi «intervention d'urgence») 13, 15, 16, 19, 20, 25, 26, 30, 35, 40, 41, 58, 60, 61, 64, 65, 81, 90, 91, 95, 97, 101, 107, 103, 110, 111, 117, 119, 124, 144, 152, 156, 161, 163, 166, 168, 176, 182, 183, 194, 197, 210, 211, 214, 218, 223, 225, 226, 227, 229, 231, 233, 242, 246, 256, 272, 275, 276, 293, 298, 301, 302, 303, 309, 310, 313, 316, 321, 324, 327, 328, 329, 332, 346

intervention d'urgence (voir aussi «intervention») 2, 5, 46, 30, 50, 88, 99, 113, 139, 140, 145, 152, 212, 220, 227, 228, 232, 241, 269, 332

Inuit (voir aussi «autochtone») 106, 112, 122, 126, 141, 142, 155, 158, 159, 161, 171, 198, 234, 235, 239, 245, 255, 278, 293, 306, 310, 317

Irlande 162

J

Japon 187, 259

jeunes adultes 28, 78, 109, 156, 199

M

maladie 14, 45, 111, 116, 159, 171, 180, 225, 245, 288, 326

Manitoba 312

mariage 20, 148, 149, 179, 196, 211, 216, 263, 317

médecin 10, 24, 57, 87, 111, 194, 209, 210, 213, 240, 254, 267, 289, 324, 332

médias 46, 104, 162, 251

Michigan 139

Micronésie 193

Minnesota 218

mode de suicide 54, 108, 126, 158, 180, 184, 185, 189, 199, 202, 203, 209, 211, 257, 254, 283, 285, 290, 295, 310, 313, 314, 323, 331, 338, 342

mortalité (voir «décès»)

mutisme 181

mythes 2, 10, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 35, 39, 42, 49, 53, 55, 60, 65, 67, 76, 77, 79, 81, 89, 93, 95, 97, 104, 106, 111, 117, 124, 140, 145, 146, 150, 153, 156, 163, 168, 169, 187, 189, 200, 209, 210, 212, 216, 223, 225, 226, 227, 233, 241, 243, 245, 250, 252, 256, 259, 269, 270, 272, 273, 275, 277, 281, 289, 294, 301, 302, 303, 310, 321, 324, 325, 327, 328, 329, 332, 333, 343

N

Navajos 82, 177, 178, 179, 190, 213, 217, 322, 323

New York 99, 268

Norvège 234

Nouveau-Mexique 322, 323

nutrition (alimentation) 237

O

Objibways 295

Ontario 22, 29, 31, 37, 38, 47, 62, 132, 134, 170, 295

ordinateur 13, 50, 140, 247

organisme (organisation) 49

P

parasuicide (voir aussi «tentative de suicide») 57, 128, 234, 257, 265

passage à l'acte 241

Pays-Bas 72, 73, 118

personnel infirmier 58, 118, 135, 144, 183, 210, 232, 260, 321, 324

personnel des services de santé (intervenants en soins) 40, 104, 121, 200, 201, 324

Perspective juridique 31, 43, 73, 102, 111, 124, 134, 135, 210, 226, 287, 294, 307, 314, 332

pharmacothérapie 12, 123, 216, 219, 241, 332

philosophie 134, 296

Pieds Noirs 33

poésie 277

police 184

postvention 65, 97, 139, 143, 170, 210, 226, 227, 236, 242, 246, 301, 302, 324, 332, 346

prévention 3, 4, 5, 11, 13, 14, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 33, 35, 36, 40, 43, 46, 48, 49, 50, 52, 53, 55, 61, 64, 65, 66, 72, 73, 76, 78, 82, 87, 88, 91, 95, 97, 99, 100, 103, 108,

109, 110, 111, 116, 117, 119, 120, 129, 140, 144, 145, 146, 152, 153, 156, 160, 162, 163, 166, 167, 168, 176, 182, 183, 187, 188, 189, 193, 197, 200, 207, 210, 211, 214, 216, 218, 219, 223, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 238, 240, 241, 243, 254, 256, 260, 264, 268, 272, 275, 276, 277, 287, 288, 292, 297, 298, 299, 301, 302, 303, 307, 308, 309, 310, 316, 320, 321, 324, 325, 326, 327, 328, 332, 338, 341, 340, 344

prévision 3, 11, 28, 55, 72, 103, 118, 129, 136, 187, 244, 252, 263, 279, 280, 281, 292, 324, 325, 345

prison (voir «problèmes juridiques»)

problèmes émotifs 66, 128, 129, 153, 189, 239, 284, 343

problèmes juridiques 21, 77, 86, 94, 106, 121, 178, 210, 263, 332, 343

programmes 19, 20, 21, 25, 26, 36, 44, 48, 49, 51, 52, 53, 61, 67, 71, 76, 88, 91, 93, 99, 100, 107, 109, 111, 112, 119, 120, 133, 137, 153, 160, 161, 162, 165, 167, 170, 172, 176, 193, 197, 207, 220, 222, 225, 226, 227, 228, 230, 238, 241, 247, 255, 264, 298, 299, 301, 302, 310, 311, 316, 321, 325, 327, 328

psychiatrie 37, 38, 102, 118, 123, 154, 183, 240, 262

psychologie 2, 3, 12, 14, 23, 31, 50, 57, 63, 101, 105, 111, 155, 165, 234, 237, 238, 241, 271, 277, 279, 280, 281, 287, 318

psychothérapie 61, 123, 154, 214, 216, 279, 280, 281

Q

Québec 315

questionnaire 76, 83, 97, 133, 160, 169, 196, 210, 212, 256, 324

questions morales 134, 223, 296, 287, 307

R

race 64, 86, 113, 114, 122, 148, 157, 196, 198, 201, 202, 204, 209, 216, 235, 239, 263, 264, 274, 291, 300, 312, 339

recherche (voir aussi «recherche théorique») 25, 37, 50, 52, 62, 83, 118, 119, 120, 183, 200, 226, 241, 248, 251, 267, 271, 273, 301, 302, 315, 336, 337

recherche théorique 29, 41, 61, 64, 79, 97, 132, 216, 332

religion 15, 80, 111, 124, 130, 131, 132, 134, 169, 188, 209, 223, 241, 243, 245, 296, 332

ressources 20, 23, 26, 45, 46, 65, 68, 160, 168, 208, 216, 224, 227, 232, 233, 277, 2301, 302, 309

risque élevé 30, 111, 117, 131, 140, 213, 229, 242, 252, 325

Rorschach 278

S

santé mentale (hygiène mentale) 12, 15, 37, 40, 42, 70, 79, 87, 88, 95, 97, 112, 119, 121, 133, 145, 156, 159, 182, 192, 226, 234, 270, 282, 287, 300, 306, 307, 310, 332

Saskatchewan 86, 117

schizophrénie 56, 79, 97, 257, 273, 284

service-secours téléphonique 26, 97, 99, 100, 124, 137, 187, 216, 220, 232, 299

signes avant-coureurs (signes précurseurs) 2, 3, 7, 13, 18, 20, 35, 46, 53, 64, 65, 67, 80, 81, 89, 95, 110, 115, 116, 117, 119, 146, 152, 153, 156, 163, 168, 194, 212, 214, 216, 225, 233, 241, 268, 277, 279, 280, 289, 303, 333

Sioux 181, 186

sismothérapie 123, 219, 308, 332

statistiques 1, 4, 8, 11, 13, 16, 22, 27, 38, 54, 62, 64, 67, 68, 71, 72, 77, 86, 118, 119, 120, 122, 128, 141, 148, 149, 157, 173, 174, 180, 179, 185, 195, 196, 198, 199, 202, 205, 209, 215, 221, 226, 235, 241, 249, 251, 261, 264, 265, 291, 293, 310, 312, 319, 322, 324, 326, 332, 337

stress 18, 20, 24, 28, 42, 62, 111, 127, 179, 190, 197, 214, 304, 315, 326, 340, 344

suicide chez les adolescents 1, 2, 3, 4, 19, 20, 21, 23, 24, 32, 44, 46, 48, 49, 50, 52, 53, 64, 65, 67, 77, 86, 87, 92, 95, 97, 98, 104, 110, 111, 1143, 119, 120, 139, 145, 153, 156, 168, 175, 186, 189, 210, 212, 215, 226, 229, 230, 236, 241, 246, 251, 252, 256, 263, 269, 273, 276, 282, 292, 300, 303, 314, 320, 327, 333, 334, 340, 344

suicide chez les enfants (voir aussi «suicide chez les adolescents») 9, 346

suicide chez les jeunes (voir «suicide chez les adolescents»)

Suisse 108, 341

suivi (étude complémentaire) 22, 23, 25, 26, 36, 74, 90, 107, 115, 118, 162, 163, 170, 187, 226, 233, 240, 277, 289, 301, 302, 316, 337

survivants 34, 151, 198, 236, 289, 332, 346

syndrome «wacinko» 181

T

taux de mortalité (voir «décès»)

taux de suicide 1, 8, 12, 20, 22, 27, 38, 58, 59, 76, 85, 89, 90, 91, 106, 114, 125, 126, 136, 137, 138, 141, 142, 147, 148, 149, 157, 162, 164, 167, 177, 180, 184, 191, 199, 201, 204, 205, 207, 209, 213, 215, 226, 235, 239, 249, 253, 258, 264, 265, 272, 274, 278, 285, 289, 291, 293, 295, 297, 306, 309, 312, 317, 318, 319, 327, 328, 335, 336, 343, 344, 345

tentative de suicide 4, 10, 11, 13, 19, 21, 31, 39, 47, 53, 54, 58, 72, 76, 92, 99, 100, 101, 108, 112, 134, 139, 142, 156, 158, 162, 163, 168, 180, 209, 210, 212, 213, 216, 217, 223, 241, 244, 260, 261, 262, 263, 270, 273, 275, 278, 283, 285, 288, 290, 328, 329, 332, 333, 334, 337

Territoires du Nord-Ouest 142

thérapie 12, 36, 42, 56, 92, 111, 133, 154, 165, 214, 220, 259, 269

thérapie comportementale 12

thérapie de groupe 220, 289, 386

thérapie intellectuelle (mentale) 12

toxicologie des drogues 11

traitement 10, 11, 12, 19, 24, 31, 43, 55, 56, 60, 64, 65, 97, 101, 107, 108, 111, 123, 124, 129, 133, 154, 156, 165, 181, 187, 189, 216, 248, 279, 280, 283, 289, 308, 318, 324, 332

U

université 78, 169, 218, 315

V

valeurs culturelles 8, 16, 84, 166, 176, 190, 234

valeurs traditionnelles 6, 16, 69, 70, 76, 85, 86, 130, 131, 132, 133, 171, 175, 179, 217, 258, 274, 306, 331, 342

violence 19, 47, 58, 62, 75, 87, 91, 125, 138, 147, 150, 158, 164, 165, 175, 192, 274, 290, 293, 314, 328, 336

W

Wisconsin 242

Y

Yukon 142

CHAPITRE 3

QUESTIONS COURANTES ET RÉPONSES SUR LE SUICIDE

QUESTIONS COURANTES ET RÉPONSES SUR LE SUICIDE

3.1 Mythes

1. ***Les gens qui se suicident laissent-ils toujours un mot?***

En réalité, très peu de gens qui attentent à leurs jours laissent un mot ou un message. Certains spécialistes indiquent que 1 personne sur 10 laisse une note et d'autres parlent d'une proportion de 15 %. Les idées fausses que l'on se fait sur les notes de suicide viennent parfois des romans, de la télévision ou du cinéma et peuvent amener les gens, même les autorités, à confondre suicide et mort accidentelle.

Bibliographie annotée : 35, 67, 111, 117, 153, 156, 200, 209, 241, 332

2. ***Si quelqu'un parle de mort et de suicide, est-il préférable de passer ses propos sous silence?***

Non. En faisant comme si on n'avait rien entendu, on cause plus de mal que de bien car cette attitude peut empêcher le suicidaire d'exprimer ses pensées de suicide et de demander de l'aide. Le fait de parler du suicide et de s'enquérir des plans de suicide de quelqu'un n'accroît pas le risque de suicide. Si on aborde le sujet franchement et ouvertement, il sera plus facile de juger des intentions de l'intéressé et celle-ci verra mieux ses problèmes.

Bibliographie annotée : 13, 35, 53, 65, 111, 117, 153, 156, 163, 168, 200, 209, 212, 216, 241, 332, 333

3. ***Si on aborde la question du suicide, n'est-ce pas mettre tout simplement l'idée dans la tête de notre interlocuteur?***

Non. Ce n'est pas en parlant de suicide et de plans de suicide que l'on mettra cette idée dans la tête d'une personne. Si quelqu'un nous parle de suicide ou en présente les signes précurseurs, c'est que l'idée est déjà là et, à ce moment-là, une discussion franche et ouverte permettra de mettre au jour ce qui demeure inexprimé. On fait acte de prévention en abordant ouvertement la question.

Bibliographie annotée : 13, 35, 53, 65, 67, 111, 117, 153, 156, 163, 168, 200, 209, 212, 216, 241, 332, 333

4. ***Si quelqu'un a vraiment décidé de se suicider, peut-on l'arrêter?***

On peut prévenir le suicide. Même la personne qui nourrit les desseins les plus noirs sur ce plan conserve une attitude ambivalente à l'égard de la mort. Comme presque tous les suicidaires n'attentent pas à leurs jours avant d'avoir manifesté aux autres ce qu'ils éprouvent, il semblerait que le suicidaire joue en quelque sorte avec la vie et la mort et donne aux autres la possibilité de prendre une décision à sa place. Personne n'est suicidaire tout le temps et chacun voudra affronter la vie la plupart du temps malgré le retour de périodes où il est envahi par le désir de mourir.

Bibliographie annotée : 26, 35, 67, 97, 99, 100, 111, 117, 124, 153, 156, 163, 168, 200, 209, 225, 227, 241, 324, 332

5. ***Le suicide est-il un phénomène familial?***

Non. La recherche n'a permis de dégager aucun lien précis entre la génétique et la biologie, d'une part, et le suicide, d'autre part. Chaque suicide est unique et aucune race, groupe ethnique, mouvement religieux, groupement économique ou famille n'est à l'abri. La situation familiale peut nourrir les idées de suicide chez quelqu'un et le suicide d'un parent (surtout s'il s'agissait d'un «modèle» positif) peut inciter quelqu'un à trouver une solution de ses problèmes dans le suicide. On ne peut toutefois mettre l'étiquette de «suicidaire» sur des gens ou des familles, car les causes du suicide sont trop individuelles et trop complexes pour être directement assimilées à des traits familiaux.

Bibliographie annotée : 35, 67, 111, 117, 153, 156, 200, 209, 216, 241, 277, 332

6. ***Les suicidaires sont-ils «fous», psychotiques, déments ou atteints d'une grave maladie mentale?***

Non. On ne peut taxer la plupart des suicidaires de folie, de comportement psychotique, de démence ou de grave dérèglement mental. La recherche et notamment l'étude des notes de suicide nous indiquent que les suicidaires connaissent une détresse profonde, sont extrêmement malheureux et éprouvent de vifs sentiments d'impuissance, d'infortune et de désespoir qui les amènent à croire que la vie n'en vaut plus la peine. Les forces qui agissent sur les suicidaires sont trop complexes pour qu'on puisse les ranger dans des catégories commodes.

Bibliographie annotée : 35, 67, 111, 117, 153, 156, 200, 209, 226, 241, 306, 310, 332

7. ***En cas de tentative de suicide infructueuse, la victime n'aura-t-elle pas «appris sa leçon» au point de renoncer à tout jamais au suicide?***

Non. La recherche nous indique que beaucoup de gens qui se suicident avaient attenté à leurs jours dans le passé. Elle nous apprend aussi que la plupart des suicides se produisent dans les trois mois qui suivent l'apparition de signes de rétablissement d'une tentative ou d'une crise de suicide. Quelqu'un pourra sembler être rétabli, mais il sera tout simplement vidé émotivement par son expérience, et, au fur et à mesure qu'il regagnera son énergie, il pourra voir les idées de suicide revenir l'assaillir au point de songer à attenter à ses jours encore une fois. On ne devrait pas cesser le traitement trop tôt après une tentative de suicide.

Bibliographie annotée : 10, 11, 13, 19, 21, 35, 39, 53, 67, 76, 111, 117, 153, 156, 163, 200, 209, 210, 212, 216, 241, 273, 332, 333

8. ***Quand quelqu'un commence à se sentir mieux après une crise de suicide, cette amélioration n'indique-t-elle pas que le risque de suicide a disparu?***

Non. La recherche nous indique que la plupart des suicides se produisent dans les trois mois qui suivent l'apparition de signes de rétablissement. La crise de suicide peut avoir épuisé quelqu'un sur le plan émotif, mais au fur et à mesure qu'il regagnera son énergie, celui-ci pourra voir les idées de suicide revenir l'assaillir. Le traitement qu'il peut recevoir pendant cette période est important.

Bibliographie annotée : 13, 20, 35, 53, 67, 95, 111, 117, 153, 156, 163, 200, 209, 212, 216, 233, 241, 289, 332, 333

9. ***Si quelqu'un parle beaucoup du suicide, n'est-ce pas le signe qu'il n'attentera pas à ses jours?***

Non. Au contraire, le fait d'en parler beaucoup est un des signes avant-coureurs du suicide dont on doit tenir compte. Quelqu'un qui parle de suicide est peut-être en train d'appeler à l'aide, car la recherche indique qu'environ 60 % des suicidés avaient fait part au préalable de leur intention de s'enlever la vie. L'appel à l'aide n'est pas toujours une mention directe du suicide. Ses formes peuvent être plus subtiles : expression du désir de mourir, de l'impression d'être un fardeau pour les amis et la famille ou du sentiment de nuire à tout le monde.

Bibliographie annotée : 10, 11, 13, 20, 35, 53, 67, 95, 111, 117, 153, 156, 163, 189, 200, 209, 212, 216, 233, 241, 257, 259, 289, 332, 341

10. ***Le suicide est-il un acte impulsif qui a lieu sans avertissement?***

Non. Les tentatives de suicide sont habituellement précédées de signaux d'alarme évidents et bien caractérisés que l'on constate souvent trop tard. Beaucoup de suicidaires communiquent directement leur intention à d'autres personnes ou font observer en termes à peine voilés qu'ils seraient «bien mieux s'ils étaient morts». Les changements radicaux d'humeur, d'ambition, d'intérêts et de mode de vie en général sont d'autres signes révélateurs. Le suicide chez l'adolescent peut paraître un acte extrêmement impulsif, mais la victime nourrissait probablement déjà depuis longtemps des desseins de suicide. Dans l'adolescence, le suicide peut se produire brusquement et paraître avoir été causé par des événements banals, mais ces événements ne sont nullement banals pour l'adolescent et les signes avant-coureurs sont généralement présents.

Bibliographie annotée : 3, 13, 18, 20, 35, 46, 53, 64, 65, 67, 89, 95, 110, 111, 116, 117, 119, 146, 153, 156, 163, 168, 169, 200, 212, 214, 216, 225, 233, 241, 279, 280, 281, 289, 303, 332, 333

11. ***Le suicide n'est-il pas propre à certaines catégories de personnes?***

Non. Le suicide concerne tout le monde sans égard à la race, aux caractéristiques ethniques, à la religion, à la situation économique ni à l'éducation, pour ne citer que ces exemples. Il n'est pas propre non plus aux gens qui souffrent d'une maladie mentale, de démence ou de psychose. Le trait commun de tous les suicidés est le profond sentiment d'impuissance, d'infortune et de désespoir qu'ils éprouvent au point de voir dans l'autodestruction la seule issue possible. Les taux de suicide peuvent être plus élevés dans certains groupes à cause de facteurs liés à l'âge, au sexe, aux antécédents socio-culturels, aux toxicomanies, etc. On doit toutefois dire que tout le monde fera partie à un moment quelconque de sa vie d'un ou de plusieurs groupes à risque élevé.

Bibliographie annotée : 10, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 35, 39, 42, 49, 53, 55, 60, 76, 77, 79, 93, 95, 97, 104, 106, 111, 113, 117, 124, 150, 153, 156, 163, 173, 191, 200, 209, 210, 211, 212, 216, 219, 221, 226, 232, 233, 241, 252, 256, 261, 272, 273, 276, 278, 289, 309, 324, 327, 332, 333, 338

12. ***Les gens ont-ils le droit d'empêcher quelqu'un de se suicider si celui-ci veut vraiment s'enlever la vie?***

Les arguments philosophiques et juridiques abondent dans les deux camps et aucune réponse n'est susceptible de convaincre tout le monde. Il importe toutefois de se rappeler que la recherche indique que les suicidaires conservent une attitude ambivalente à l'égard de la mort et laissent souvent à leur famille ou à leurs amis le soin de décider à leur place s'ils vivront ou mourront. Si l'entourage ne tient pas compte des signes précurseurs et ne fait rien pour arrêter le suicidaire, indépendamment des «droits» qui interviennent, le choix est alors la mort. On signale beaucoup de cas où des gens ont attenté à leurs jours pour ensuite regretter leur geste autodestructeur immédiatement après l'avoir fait. Souvent, l'auteur d'une tentative de suicide est reconnaissant à son sauveteur une fois la crise terminée.

Bibliographie annotée : 13, 19, 31, 35, 58, 73, 99, 100, 012, 111, 117, 124, 134, 146, 156, 163, 168, 200, 209, 210, 223, 226, 241, 275, 287, 294, 296, 307, 328, 329, 332

13. ***Les gens suicidaires ne veulent-ils pas tout simplement mourir?***

Non. Les suicidaires ont habituellement une attitude ambivalente à l'égard de la mort, mais sont incapables de vaincre eux-mêmes leurs vifs sentiments d'impuissance, d'infortune et de désespoir. Ils sont tiraillés entre la vie et la mort et espèrent que quelqu'un choisira pour eux. Ils expriment d'ordinaire leur intention à autrui directement ou indirectement en disant qu'ils seraient mieux morts, qu'ils en ont assez, que personne n'aura plus jamais à se soucier d'eux, etc. Les changements d'humeur, d'ambition, d'intérêts et de mode de vie en général sont d'autres signaux d'alarme. Si on ne prend pas au sérieux les signes précurseurs, le suicidaire pourra penser que les autres ont fait le choix de la mort pour lui.

Bibliographie annotée : 11, 13, 35, 67, 89, 111, 117, 146, 153, 156, 169, 200, 209, 212, 226, 241, 261, 277, 279, 280, 281, 303, 310, 324, 327, 332

14. ***Les gens riches n'ont-ils pas plus de chances de se suicider?***

Non. Le suicide frappe également les riches et les pauvres. Les causes du suicide sont par trop complexes pour se laisser enfermer dans l'image du «gosse de riches» qui est las de la vie ou de l'homme d'affaires en proie à des ennuis financiers.

Bibliographie annotée : 11, 13, 35, 67, 111, 117, 153, 156, 200, 212, 226, 241, 309, 310, 324, 327, 332

15. ***Les gens pauvres n'ont-ils pas plus de chances de se suicider?***

Non. Le suicide frappe également les riches et les pauvres. Les statistiques n'indiquent pas que la situation économique est un facteur de risque de suicide. Les causes du suicide sont complexes et la notion de l'indigent qui s'enlève la vie à cause de son état d'abjection est erronée.

Bibliographie annotée : 11, 13, 35, 67, 111, 117, 153, 156, 200, 212, 226, 241, 309, 310, 324, 327, 332

16. ***Les gens qui attentent à leurs jours n'essaient-ils pas tout simplement d'attirer l'attention?***

Non. Les gens qui attentent à leurs jours éprouvent un très vif sentiment d'impuissance, d'infortune et de désespoir. La tentative est l'aboutissement d'une démarche où les appels à l'aide ont suivi l'apparition de signes avant-coureurs que personne n'a remarqués. Toute tentative de suicide présente un caractère mortel, quelque faible ou artificielle qu'elle puisse nous paraître.

Bibliographie annotée : 11, 13, 19, 35, 58, 65, 67, 99, 100, 103, 111, 117, 144, 153, 156, 163, 168, 200, 209, 210, 212, 216, 223, 227, 241, 275, 328, 329, 332

17. ***Si vous essayez d'empêcher quelqu'un de se suicider, n'empirez-vous tout simplement pas la situation?***

Non. Les conséquences de l'absence d'aide sont fatales. Le suicidaire appelle à l'aide et laisse quelqu'un d'autre le choix de la vie ou de la mort pour lui. On ne devrait jamais fermer les yeux sur des signes avant-coureurs de suicide, car il vaut mieux pécher par excès de prudence que de ne pas agir. Quand quelqu'un voit des signaux d'alarme, il devrait s'en remettre à son jugement, informer les autres (particulièrement la famille, les amis et les services accessibles d'aide spécialisée), rester avec le suicidaire, l'écouter avec intelligence, le soutenir et l'inciter à accepter une aide spécialisée. Jamais ne devrait-on essayer de fouetter le suicidaire en le mettant au défi d'accomplir son acte (comme on le voit à la télévision ou au cinéma).

Bibliographie annotée : 5, 11, 35, 46, 50, 67, 97, 111, 113, 117, 140, 145, 146, 153, 156, 163, 200, 209, 212, 216, 232, 241, 269, 324, 325, 332

18. ***Les enfants se suicident-ils?***

Oui. On a observé des comportements suicidaires chez les enfants âgés de 5 à 14 ans. Souvent, on remarque ce type de comportement chez les enfants qui ont perdu un être cher et qui ne peuvent demander ou obtenir un réconfort émotif suffisant. Bien que les cas de suicide chez les enfants très jeunes soient rares, on signale fréquemment tous les ans des actes d'autodestruction comme les automutilations par arme pointue ou tranchante, les aspersions d'eau bouillante, les surdoses de médicaments et les chutes de lieux élevés.

Bibliographie annotée : 9, 17, 19, 35, 67, 87, 105, 111, 117, 153, 156, 189, 200, 216, 233, 241, 250, 270, 314, 332, 341

19. ***En mettant quelqu'un au défi de se suicider, ne le rappelle-t-on pas brutalement à la réalité au point de l'empêcher de commettre son acte?***

Non. L'emploi de cette technique peut produire l'effet contraire, car il peut tout simplement provoquer le suicide. C'est pourtant une méthode que l'on voit souvent à la télévision ou au cinéma. Le suicidaire est en train d'appeler à l'aide et demande souvent à quelqu'un d'autre de l'aider à faire le choix de la vie ou de la mort pour lui. La meilleure chose que l'on puisse faire pour un suicidaire en état de crise est d'écouter avec intelligence et de soutenir la victime.

Bibliographie annotée : 5, 11, 35, 46, 50, 67, 97, 111, 113, 117, 140, 145, 146, 153, 156, 163, 168, 187, 200, 212, 216, 232, 241, 269, 324, 325, 332

20. ***Les suicides ne se produisent-ils pas habituellement la nuit?***

Non. La recherche nous indique qu'un plus grand nombre de suicides se produisent entre 3 h et 6 h de l'après-midi que la nuit. Il est bon de noter que, vers la fin de l'après-midi, il y aura peut-être des gens pour voir et arrêter le suicidaire. La nuit, cette possibilité est beaucoup moins grande, puisque la plupart des gens dorment.

Bibliographie annotée : 1, 4, 11, 13, 35, 67, 77, 86, 111, 117, 153, 156, 173, 179, 200, 209, 220, 226, 241, 310, 324, 332

21. ***Le suicide dicté par l'amour n'a-t-il pas quelque chose de romantique?***

Il n'y a rien de romantique dans le suicide, et en particulier dans le suicide d'une jeune personne, peu importe la cause apparente du geste. Le suicide veut dire la mort et, dans les dures réalités de l'acte de suicide, il y a la souffrance des parents, de la famille et des amis et la tragédie d'une vie qui tourne court.

Bibliographie annotée : 26, 34, 35, 46, 67, 69, 111, 117, 143, 151, 153, 156, 182, 200, 209, 220, 241, 245, 269, 301, 302, 321, 332

22. ***N'y a-t-il pas quelque chose d'honorable et de courageux dans certains suicides?***

Que les gens voient ou non dans le suicide un geste honorable ou courageux, le suicide plonge la famille et les amis dans le chagrin et a tout le caractère tragique d'une vie humaine qui tourne court. Les gens ne voient pas les sentiments d'impuissance, d'infortune et de désespoir qui auraient peut-être pu s'apaiser sans le couperet de la mort, si les appels à l'aide avaient été entendus. Là où le suicide est un devoir religieux ou national, il existe des facteurs qui ont pu empêcher la victime de décider pour elle-même de l'issue de sa vie.

Bibliographie annotée : 35, 65, 67, 70, 111, 117, 124, 151, 153, 156, 175, 200, 216, 241, 243, 245, 253, 306, 332

23. ***La plupart des suicides ne se produisent-ils pas par temps froid et gris?***

Non. En réalité, le suicide peut se produire par beau temps où le contraste sera plus vif entre la beauté du monde et la grande tristesse qu'éprouve le suicidaire en son for intérieur. On a étudié les effets du temps sur le phénomène du suicide, mais on n'a pu tirer de conclusions nettes de l'exercice.

Bibliographie annotée : 9, 20, 35, 39, 47, 54, 59, 111, 150, 153, 173, 174, 182, 200, 209, 234, 239, 245, 311, 331, 332, 343

24. ***La plupart des suicides ne se produisent-ils pas habituellement à certaines époques de l'année, à Noël ou au milieu de l'hiver, par exemple?***

Non. Le suicide est un phénomène trop individuel et les causes du suicide sont trop complexes pour qu'on y voie en grande partie l'effet des époques de l'année. Les chercheurs n'ont pas encore pu établir si les taux de suicide étaient uniformément plus élevés à certaines périodes de l'année. Certaines études semblent indiquer une flambée des taux de suicide au printemps,

alors que les conceptions populaires sur le suicide nous portent à prévoir une chute des taux à cause des sentiments de renouveau et de joie qui caractérisent cette période. Peut-être le printemps a-t-il tout simplement pour effet d'intensifier les sentiments de tristesse du suicidaire.

Bibliographie annotée : 9, 20, 35, 39, 47, 54, 59, 111, 150, 153, 173, 174, 182, 200, 209, 239, 311, 331, 332, 343

3.2 Signes avant-coureurs

1. *Quels sont les signes avant-coureurs du suicide?*

Le suicide est extrêmement difficile à prévoir et il n'y a pas de façon sûre de découvrir si une personne est suicidaire ou non. Les chercheurs sont d'avis que la plupart des suicidaires communiquent leur intention à leur famille, à leurs amis ou à d'autres personnes qui sont bien placées pour reconnaître les signaux d'alarme et apporter leur aide. Les signaux d'alarme ou signes avant-coureurs particulièrement révélateurs, surtout s'il s'en présente plusieurs, sont les suivants :

a) Tentative(s) antérieure(s) de suicide Les gens qui ont attenté à leurs jours dans le passé sont «à risque suicidaire élevé». Jusqu'à 50 % des suicidés avaient déjà tenté de s'enlever la vie.

b) **Propos de suicide** Souvent, le suicidaire fera allusion au suicide directement ou indirectement en disant qu'il serait mieux mort, qu'il en a assez, que les gens regretteront quand il sera parti, qu'il n'est qu'un fardeau pour tout le monde, que tout le monde se portera mieux sans lui, etc. Certains parleront de «longs voyages» mystérieux.

c) **Modifications de la personnalité ou du comportement** L'humeur de quelqu'un peut changer radicalement sans raison apparente. Il cessera d'exercer des activités habituelles (sport, loisirs, pratique religieuse, hobbies, etc.). Il pourra également exprimer des sentiments de désespoir et d'autodépréciation. Ce sont peut-être tous là des signes de dépression clinique susceptibles de déboucher sur l'acte de suicide.

d) **Dépression clinique** Les gens en proie à la dépression clinique ne sont pas tous suicidaires, mais la plupart des suicidaires sont déprimés. Au nombre des signes de dépression clinique, on compte les pertes d'appétit ou de poids, les changements d'habitudes de sommeil, les modifications de rythme d'élocution ou de mouvement, la désaffection à l'égard des activités, la diminution de l'appétit sexuel, la fatigue, l'autodépréciation, la culpabilisation et les remords, la distraction, l'indécision et les pensées ou les désirs de mort ou de suicide.

e) **Préparatifs de mort** Le suicidaire fera son testament, mettra de l'ordre dans ses affaires, cédera ses biens personnels, fera l'acquisition d'une arme à feu, d'une corde ou de comprimés ou agira comme s'il faisait des préparatifs de voyage.

f) **Alcoolisme et autres toxicomanies** Les études montrent avec insistance que les gens qui abusent de l'alcool ou d'autres substances toxiques s'exposent davantage au suicide que les autres.

g) **Relâchement des liens sociaux** Le suicidaire peut se replier sur soi, refuser de communiquer et rechercher la solitude.

h) **Perte récente ou anniversaire de la perte d'un être cher** Le suicidaire paraîtra peut-être pleurer un disparu plus longtemps que ne le font les gens en général. Les

suicidaires attentent souvent à leurs jours à l'anniversaire du décès d'un être cher ou vers cette date.

i) **Polarisation de la pensée** Le suicidaire deviendra rigide dans sa façon de voir les choses et tout sera «blanc ou noir», ou se tranchera par «oui ou non» ou par «la vie ou la mort». Les réflexions du suicidaire sembleront souvent bizarres ou encombrées de généralisations excessives.

j) **Manifestation de stress** Des bouleversements dans la vie d'une personne comme un décès récent, un changement d'emploi, le chômage, la mise à la retraite, la maladie ou un déménagement, pour ne citer que quelques exemples, peuvent causer du stress et créer un terrain propice à l'apparition d'un comportement suicidaire.

k) **Rétablissement soudain ou sortie inattendue d'un état de dépression ou de manifestation des signes avant-coureurs du suicide** Ce comportement peut indiquer que le suicidaire a définitivement arrêté ses projets de suicide et peut maintenant relaxer un peu avant de commettre l'acte irréparable. C'est peut-être là le dernier signe précurseur de l'acte de suicide.

Bibliographie annotée : 2, 3, 7, 11, 13, 18, 20, 24, 35, 46, 53, 64, 65, 67, 80, 81, 89, 95, 110, 116, 117, 119, 146, 153, 156, 163, 168, 212, 214, 216, 225, 233, 237, 241, 261, 277, 279, 280, 281, 289, 303, 309, 310, 324, 327, 333, 340

2. ***Comment peut-on vraiment savoir que certains comportements annoncent le suicide?***

Il n'y a pas de façon sûre de prévoir le suicide. Le suicidaire tentent habituellement de communiquer son intention à un de ses proches et celui-ci sait habituellement reconnaître les signaux d'alarme qui n'ont plus rien à voir avec les vicissitudes normales de la vie. Les signes précurseurs apparaissent d'ordinaire «en ordre groupé», ce qui ne veut pas dire qu'ils sont tous présents. Si on ne reconnaît les signaux d'alarme qu'après l'acte de suicide, on peut connaître toutes les affres de la détresse. La plupart des chercheurs en prévention du suicide indiquent qu'on doit préférer les excès de prudence et de réaction à l'inaction devant les signaux d'alarme que l'on perçoit.

Bibliographie annotée : 11, 13, 18, 20, 35, 46, 53, 64, 65, 67, 89, 95, 110, 116, 117, 119, 146, 153, 156, 163, 168, 212, 214, 216, 225, 233, 241, 277, 279, 280, 281, 289, 303, 309, 310, 324, 327, 333

3. ***Quand quelqu'un qui discerne les signes précurseurs de suicide devrait-il agir?***

Immédiatement, car l'attente peut-être fatale, surtout si le suicidaire est un adolescent qui pourra passer très rapidement aux actes (même si les causes de son geste seront banales aux yeux de l'adulte).

Bibliographie annotée : 11, 13, 18, 20, 35, 46, 53, 64, 65, 67, 89, 95, 110, 116, 117, 119, 146, 153, 156, 163, 168, 212, 214, 216, 225, 233, 241, 277, 279, 280, 281, 289, 303, 309, 310, 324, 327, 333

3.3 Statistiques

1. *Qu'entend-on par «taux de suicide»?*

Les taux de suicide visent le nombre de personnes qui se suicident dans une population de 100 000 habitants. La période de calcul est généralement d'un an. Ainsi, on a établi que, au Canada, 3 271 personnes s'étaient suicidées en 1985 et que notre pays comptait cette année-là 25 359 800 habitants. On calcule le taux de suicide en multipliant le nombre de suicides (3 271) par le chiffre 100 000 et en divisant le produit de cette multiplication par le chiffre de la population (25 359 800). Le calcul se présente ainsi :

$$\text{Taux de suicide} = \frac{3\,271 \times 100\,000}{25\,359\,800} = 12{,}9$$

En d'autres termes, 12,9 Canadiens sur 100 000 se sont enlevés la vie. Grâce aux taux de suicide, on peut comparer des groupes de taille (démographique) différente sur le plan de l'incidence du suicide. Il faut se garder de tirer toutes sortes de conclusions dans le cas d'échantillons très petits de la population, car les taux de suicide peuvent varier d'une année à l'autre. Dans ce cas, il conviendra peut-être de faire la moyenne des taux de suicide relevés sur plusieurs années.

Bibliographie annotée : 1, 27, 141, 148, 149, 180, 199, 205, 209, 226, 235, 249, 265, 291, 293

2. *Quel est le taux de suicide mondial?*

D'après les chiffres de l'Organisation mondiale de la santé, un millier de personnes se suicident tous les jours dans le monde, ce qui donne un total annuel de 365 000 suicides. Le taux mondial de suicide annuel est donc de près de 12,2 suicides pour 100 000 habitants. Selon certains auteurs, le nombre annuel de tentatives de suicide dépasserait 100 fois ce niveau et on aurait ainsi un taux d'environ 1 217 tentatives de suicide pour 100 000 habitants (3 650 000 tentatives de suicide).

Bibliographie annotée : 4, 71, 72, 173, 174, 201, 226, 241, 272, 344

3. *Quel est le taux de suicide canadien?*

Les chiffres tirés des travaux du Groupe d'étude national sur le suicide au Canada indiquent que le taux de suicide est passé de 1960 à 1985 de 7,9 suicides à environ 12,9 pour 100 000 habitants. Ce taux est légèrement supérieur à celui des États-Unis et occupe un rang moyen par rapport à ceux des autres pays. En 1985, environ 3 270 Canadiens se sont suicidés. Selon des indications puisées à diverses sources, le nombre de tentatives de suicide dépasserait de 20 à 100 fois le nombre d'actes de suicide réussis, donnant ainsi pour le Canada un taux annuel de tentatives de suicide variant entre 258 et 1 290 pour 100 000 habitants. En d'autres termes, de 65 428 à 327 131 Canadiens attenteraient à leurs jours tous les ans.

Bibliographie annotée : 22, 125, 184, 226, 265, 297, 309

4. ***Quelle région du Canada présente le taux de suicide le plus élevé?***

Abstraction faite du Québec, les régions les plus au nord et les plus à l'ouest du Canada présentent les taux de suicide les plus élevés. Au Yukon, on a relevé en 1985 un taux annuel global de 35,1 suicides pour 100 000 habitants. Cette région était suivie à cet égard des Territoires du Nord-Ouest avec un taux de 25,5. La Colombie-Britannique avait un taux de 16 et se rangeait immédiatement derrière le Québec avec un taux de 17,1. Toutes les autres provinces présentaient un taux proche du taux national de 12,9 ou inférieur à ce niveau.

Bibliographie annotée : 125, 184, 226, 265, 297, 309

5. ***Quelle région du Canada présente le taux de suicide le plus bas?***

C'est dans l'Ile-du-Prince-Édouard avec un taux annuel de 3,9 suicides pour 100 000 habitants et à Terre-Neuve avec un chiffre de 4 que l'on a observé en 1985 les taux de loin les plus bas au Canada. Parmi les autres provinces, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta présentaient tous un taux légèrement inférieur ou à peu près égal au taux national de 12,9.

Bibliographie annotée : 22, 125, 184, 226, 265, 297, 309

6. ***Le taux de suicide a-t-il augmenté au fil des ans au Canada?***

Oui. Les statistiques établies par le Groupe d'étude national sur le suicide au Canada indiquent que de 1960 à 1985 le taux de suicide est passé au Canada de 7,6 à 12,9 pour 100 000 habitants.

Bibliographie annotée : 125, 184, 226, 265, 297, 309

7. ***Au Canada, le suicide est-il plus fréquent chez les femmes ou chez les hommes?***

Les hommes ont beaucoup plus de chances que les femmes de se suicider au Canada. En 1985, le taux de suicide chez les hommes était de 20,5 pour 100 000 hommes et le taux féminin de 5,4 pour 100 000 femmes. Ainsi, le rapport était d'environ 1 à 4. En d'autres termes, 4 suicidés sur 5 étaient des hommes. Ce ratio n'a que peu bougé depuis 1960, année où le taux masculin était de 12 et le taux féminin de 3. On peut constater une augmentation en pourcentage des suicides légèrement plus grande chez les femmes (accroissement de 80 %) que chez les hommes (accroissement de 71 %), une situation dont fait état une grande partie de la documentation spécialisée sur le suicide. En ce qui concerne les tentatives de suicide, les femmes sont beaucoup plus susceptibles d'attenter à leurs jours que les hommes. On observe en effet que 3 auteurs de tentative de suicide sur 4 sont des femmes.

Bibliographie annotée : 1, 27, 59, 91, 125, 142, 147, 148, 149, 162, 184, 185, 195, 226, 249, 265, 293, 295, 297, 306, 309, 310, 314, 327, 328

8. ***Y a-t-il des groupes d'âge au Canada qui connaissent une augmentation de taux de suicide supérieure à la moyenne?***

Oui. On a constaté la montée la plus importante du suicide chez les gens âgés de 10 à 24 ans, et surtout chez les hommes de ce groupe d'âge. Le phénomène s'explique par l'incidence croissante du suicide chez les adolescents. De 1960 à 1985, le taux de suicide chez les adolescents est en effet passé de 3,3 à 11,2 pour 100 000 personnes. Sur 25 ans, il s'agit d'une hausse de 240 %. Le rythme d'augmentation a été d'environ 10 % par an.

Bibliographie annotée : 1, 86, 215, 226, 314, 315, 319, 327

9. ***Quel est le taux de suicide chez les autochtones (Indiens et Inuit) du Canada?***

Il est difficile de bien cerner l'incidence du suicide chez les autochtones du Canada. Les chiffres du Groupe d'étude national sur le suicide au Canada et les indications puisées à d'autres sources font voir que, ces dernières années, le taux de suicide dans cette population a été de 2,5 à 3,5 fois supérieur au taux national. Ainsi, en 1985, il y aurait eu de 32 à 45 suicides pour 100 000 autochtones. Près de 60 % des suicides d'autochtones ont pour victime des gens âgés de 15 à 24 ans et 75 % ont été commis par des hommes. Si on suppose que le nombre d'actes de suicide réussis est inférieur de 1 à 5 fois au nombre de tentatives de suicide, de 2 000 à 14 000 autochtones auraient attenté à leurs jours en 1985.

Bibliographie annotée : 1, 59, 91, 125, 142, 147, 148, 149, 162, 226, 265, 293, 295, 297, 306, 309, 312, 328

10. ***Quel est le taux annuel de suicide aux États-Unis?***

En 1985 on a estimé le taux de suicide aux États-Unis à 12,3 pour 100 000 habitants, ce qui voudrait dire que, cette année-là, 29 453 Américains se sont enlevé la vie. Les régions des montagnes Rocheuses, du Pacifique et de la Floride ont tendance à présenter des taux supérieurs à la moyenne, alors que dans les États du Sud et de l'Est, on relève des taux inférieurs à la normale.

Bibliographie annotée : 20, 76, 138, 141, 164, 167, 177, 180, 205, 207, 209, 213, 235, 253, 258, 264, 274, 278, 285, 289, 291, 317, 318, 335, 336

*11. ***Comment les taux de suicide des autochtones du Canada se comparent-ils à ceux des autochtones des États-Unis?***

Les études des taux de suicide des autochtones américains indiquent que le suicide y est plus fréquent qu'à l'échelle nationale et que les taux américains correspondent à peu près aux taux canadiens. Ainsi, chez les autochtones des États-Unis, on compterait de 32 à 45 suicides pour 100 000 habitants. Ces mêmes études nous indiquent que les taux de suicide peuvent varier selon les groupes tribaux et que, dans certains de ces groupes, les taux sont beaucoup plus élevés.

Bibliographie annotée : 1, 8, 15, 16, 126, 141, 180, 199, 205, 209, 226, 235, 265, 293

3.4 Risque

1. *Quels sont les groupes «à grand risque suicidaire»?*

On sait qu'un certain nombre de groupes s'exposent plus que d'autres au suicide. Ces groupes sont si variés que tout le monde peut prévoir en faire partie (un ou plusieurs groupes) à un moment quelconque de sa vie. Les catégories à risque élevé sont les suivantes : 1) gens souffrant de certains troubles mentaux comme la dépression, la névrose, la schizophrénie, les troubles de la personnalité et les troubles de situation transitoire; 2) les alcooliques et autres toxicomanes; 3) les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans; 4) les personnes âgées, et notamment celles qui ont plus de 70 ans; 5) les autochtones et autres minorités; 6) les gens en détention; 7) les gens en deuil, et particulièrement ceux qui portent le deuil d'un suicidé. Les hommes appartenant à ces groupes ont beaucoup plus de chances de se suicider que les femmes.

Bibliographie annotée : 14, 37, 38, 74, 111, 117, 123, 131, 136, 149, 194, 213, 229, 240, 252, 266, 327, 345

2. *Pourquoi le risque de suicide est-il élevé chez les autochtones?*

Il n'y a pas de réponse vraiment satisfaisante à cette question, car le suicide est un phénomène très individuel et les causes du suicide sont encore méconnues. Le risque élevé de suicide semble s'expliquer par un certain nombre de facteurs : 1) facteurs sociétaux comme la dégradation des valeurs traditionnelles, culturelles et religieuses et le recul des influences spirituelles; 2) éducation insuffisante comme en témoigne la fréquence des défections scolaires et de l'analphabétisme fonctionnel; 3) conditions économiques défavorables avec un chômage de l'ordre de 70 % et une proportion de pauvres (gens vivant sous le seuil de la pauvreté) de 90 %; 4) piètre estime de soi souvent à cause des pressions et de l'échec de l'assimilation; 5) intériorisation de la tension affective; 6) alcoolisme avec son incidence fréquente sur les problèmes physiques, mentaux, familiaux et sociaux; 7) dépression; 8) isolement et désorganisation sociaux qui empêchent les gens d'avoir des liens significatifs avec les pairs ou la famille; 8) forte proportion de célibataires, de divorcés, de séparés et de veufs; 10) fréquence de la maladie physique.

Bibliographie annotée : 15, 16, 19, 20, 21, 66, 76, 77, 93, 113, 150, 166, 176, 183, 209, 211, 226, 241, 309, 310, 312, 327, 331

3. *Quels sont les facteurs de risque de suicide?*

Une diversité de facteurs d'ordre social, physique et mental influent sur le risque de suicide. En voici quelques-uns :

a) **Age** — le suicide se produit le plus souvent chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans et les gens de plus de 40 ans.

b) **Disponibilité de moyens** — l'accès facile à des moyens mortels de suicide comme les armes à feu augmente la probabilité d'une utilisation de ces instruments.

c) **Difficultés familiales** — les crises ou les ennuis familiaux, le divorce, la séparation et l'éclatement du foyer peuvent tous augmenter les risques de suicide aussi bien chez les enfants que chez les parents.

d) **Instruction** — le taux de suicide est moins élevé chez les gens instruits; en revanche, il est élevé chez les élèves fréquentant l'école secondaire ou l'université.

e) **Chômage** — les risques de suicide sont plus élevés chez les chômeurs, les retraités, les invalides ou les gens qui ont d'autres problèmes liés au travail.

f) **Problèmes financiers** — les ennuis financiers (faillite, perte soudaine de revenus, etc.) peuvent, par le stress qu'ils causent, accroître le risque de suicide.

g) **Incarcération** — la population carcérale présente un taux de suicide élevé.

h) **État matrimonial** — les taux de suicide sont plus élevés chez les célibataires, les divorcés, les séparés et les veufs.

i) **Profession** — dans les professions libérales comme la médecine et le droit, les probabilités de suicide sont trois fois plus élevées que chez les travailleurs non intellectuels.

j) **Religion** — le suicide est plus fréquent chez les protestants que chez les catholiques romains ou les Juifs.

k) **Sexe** — les hommes ont environ trois fois plus de chances que les femmes de s'enlever la vie.

l) **Conditions sociales** — il y a des suicides dans tous les groupes sociaux. Le suicide est toutefois plus fréquent chez les gens qui ne peuvent compter sur un solide réseau de soutien social, qu'il s'agisse de vagabonds, de criminels, de gens isolés sur le plan social, de groupes minoritaires ou de gens tiraillés entre deux cultures.

m) **État physique** — on a établi un lien entre le suicide et les déséquilibres hormonaux pendant le cycle menstruel ou après une grossesse, et les déséquilibres chimiques.

n) **Forme physique** — beaucoup de gens qui se suicident ont une maladie physique ou pensent en avoir une. On a établi un lien entre le suicide et la maladie chronique, surtout celle que cause le vieillissement, et la maladie douloureuse.

o) **Alcoolisme et autres toxicomanies** — les gens qui abusent de l'alcool, des drogues ou d'autres substances présentent un taux de suicide élevé à cause des effets directs de la consommation de ces substances ou des effets indirects sur la santé, la famille, la situation sociale et l'emploi.

p) **Tentative ou menaces de suicide** — beaucoup de gens qui s'enlèvent la vie avaient attenté à leurs jours dans le passé, souvent moins de trois mois avant leur suicide.

q) **Deuil** — le risque de suicide est plus élevé chez les gens en deuil depuis peu de temps, surtout s'ils portent le deuil d'un suicidé.

r) **Antécédents familiaux** — les suicides paraissent se produire «par famille», surtout lorsque les conditions familiales qui ont causé un premier suicide n'ont pas changé par la suite.

s) **Santé mentale** — les taux de suicide sont plus élevés chez les déprimés, les schizophrènes ou les gens souffrant de troubles de la personnalité ou d'autres formes de maladie mentale.

t) **Saisons** — le nombre de suicides a tendance à augmenter légèrement au printemps et au début de l'été quand le contraste entre le beau temps et l'état d'une personne a pour effet d'intensifier les sentiments de tristesse que celle-ci éprouve.

Bibliographie annotée : 10, 11, 12, 19, 20, 21, 37, 39, 49, 55, 60, 76, 77, 79, 83, 95, 104, 106, 107, 113, 124, 150, 156, 163, 173, 209, 211, 212, 216, 219, 221, 226, 241, 252, 273, 276, 278, 289, 309, 310, 327, 331, 338

3.5 Caractéristiques

1. *Qu'est-ce que le suicide?*

Le suicide est le fait de s'enlever la vie ou, en d'autres termes, de s'«autodétruire». Ce n'est pas une maladie, une affection physique ou mentale, un péché, une façon de tirer sa révérence avec panache, un geste héroïque, une dégradation ni tout ce que l'imagination population a pu inventer pour lui donner un sens.

2. *Qu'entend-on par parasuicide?*

Généralement parlant, le parasuicide est une tentative de suicide. Il désigne toutefois tout particulièrement une simulation de l'acte de suicide qui a peu de chances d'entraîner la mort.

Bibliographie annotée : 11, 210, 216, 241, 260, 265, 273, 332, 337

3. *Quelles sont les similitudes entre les suicides?*

Le suicide est un acte individuel, mais les chercheurs ont relevé des similitudes entre gens qui se suicident. Le suicidaire cherche une solution : en s'enlevant la conscience, il espère se soustraire à la frustration et à une souffrance mentale intolérable. Comme il éprouve de vifs sentiments d'impuissance, d'infortune et de désespoir, il n'a cure ni de la vie ni de la mort. Sa vision de la vie est très étroite et, pour lui, tout est noir ou blanc et se tranche par un oui ou un non, par la vie ou la mort. Souvent, il a eu tendance à penser de la sorte dans le passé toutes les fois qu'il affrontait des problèmes. Bien que désireux d'échapper aux difficultés de la vie, il essaiera souvent de communiquer son intention à quelqu'un de son entourage.

Bibliographie annotée : 11, 52, 111, 146, 156, 210, 212, 279, 280, 281, 324, 332

4. *Qui se suicide?*

Tout le monde est susceptible de se suicider, peu importe son âge, son sexe, sa religion, sa race, sa nationalité, ses antécédents sociaux, son emploi, son état matrimonial, etc. Le suicidaire peut être votre voisin, le garçon qui habite au bout de la rue, un médecin, le fils ou la fille, un parent ou vous. La recherche n'a pas encore dégagé les causes de suicide et continue à découvrir des facteurs qui concourent à l'apparition du comportement suicidaire. Bien que l'on connaisse une foule de facteurs de risque de suicide, personne ne sait pourquoi certaines personnes s'enlèvent la vie ou attentent à leurs jours et pourquoi d'autres personnes se trouvant dans des circonstances semblables ne le font pas. On relève un certain nombre de similitudes entre les gens qui se suicident. Un trait commun est le vif sentiment d'impuissance, d'infortune et de désespoir. Le suicide demeure toutefois un acte individuel déterminé par les circonstances personnelles.

Bibliographie annotée : 11, 13, 19, 21, 39, 42, 53, 156, 163, 209, 212, 216, 241, 273

5. *En quoi le suicide chez les adolescents diffère-t-il du suicide chez les adules?*

Le suicide de l'adolescent est souvent un acte beaucoup plus impulsif que le suicide de l'adulte et se produit souvent sans grand avertissement. Les adolescents ont tendance à voir le monde blanc ou noir et, par conséquent, à réagir plus rapidement aux problèmes qui se présentent. Les événements menant au suicide ou à la tentative de suicide chez l'adolescent peuvent sembler banal ou négligeable à l'adulte, bien qu'une crise en apparence «mineure» comme celle que provoque une rupture, un échec à un examen ou la perte d'un ami puisse être d'une extrême importance pour l'intéressé.

Bibliographie annotée : 1, 4, 23, 52, 65, 86, 98, 111, 146, 156, 175, 212, 226, 263, 327

3.6 Prévention

1. *Qu'entend-on par prévention du suicide?*

Par prévention du suicide, on entend des mesures comme des programmes, des stratégies ou des démarches susceptibles de réduire les possibilités d'apparition ou de propagation du comportement suicidaire. Parmi ces mesures, on compte la sensibilisation et l'éducation du public, la diminution de la disponibilité et de la «létalité» des moyens de suicide, la formation et le perfectionnement des spécialistes des services de santé et des «gardiens» et les programmes spéciaux destinés à des groupes à risque élevé.

Bibliographie annotée : 25, 29, 50, 52, 61, 64, 97, 109, 119, 130, 200, 210, 216, 226, 241, 260, 301, 302, 332, 341

2. *Quelles mesures peut-on prendre pour prévenir le suicide?*

Un certain nombre de mesures peuvent concourir à réduire les possibilités d'apparition ou de propagation du comportement suicidaire :

A. Sensibilisation et éducation du public par :
   1. des programmes d'hygiène mentale et de santé publique;
   2. la collaboration des médias dans l'apprentissage d'attitudes plus positives à l'égard du suicide dans le public, la réduction des sentiments négatifs et la prévention des vagues de suicides par imitation;

B. Diminution de la disponibilité et de la «létalité» des moyens de suicide par des mesures de réglementation des armes à feu et de la vente de médicaments d'ordonnance;

C. Formation de «gardiens» comme le clergé, le personnel carcéral, la police et le personnel scolaire;

D. Éducation permanente du personnel des services de santé (médecins, infirmiers et travailleurs sociaux);

E. Poursuite de la recherche sur le suicide en général et dans des groupes à risque élevé;

F. Programmes spéciaux et activités de prévention et de suivi au profit de groupes à risque élevé comme les adolescents, les personnes âgées, les gens en deuil, les autochtones, les malades mentaux, les alcooliques et autres toxicomanes et la population carcérale.

Bibliographie annotée : 19, 20, 25, 26, 30, 48, 52, 53, 61, 76, 88, 91, 99, 100, 109, 111, 119, 120, 139, 153, 160, 161, 162, 167, 193, 197, 207, 226, 227, 228, 238, 241, 242, 268, 298, 301, 302, 310, 316, 321, 325, 327, 326

3. *Quelle est la responsabilité des médias dans la prévention du suicide?*

Des médias comme la presse, la radio et la télévision sont un instrument puissant d'éducation du public en matière du suicide. Ils peuvent renseigner les gens sur les taux de suicide, les facteurs de risque et les signes avant-coureurs de l'acte de suicide. Ils peuvent rendre d'importants services consistant à aider à changer les attitudes à l'égard du suicide en parlant du phénomène avec clarté et précision sans verser dans le sensationnalisme ni sacrifier aux mythes populaires sur le suicide. Ils doivent aussi se soucier des effets de contagion des

reportages trop colorés ou trop empreints de sensationnalisme sur le suicide qui ne laissent pas suffisamment découvrir les tragédies que l'acte de suicide engendre.

Bibliographie annotée : 104, 162, 251

4. ***Par quelles mesures peut-on concourir à prévenir le suicide chez les autochtones?***

Voici un certain nombre de mesures de prévention du suicide pouvant être prises dans le cas des autochtones :

A. Démarche à orientation culturelle qui embrasse non seulement le suicide proprement dit, mais aussi :

1. les ennuis sociaux et familiaux;
2. les questions de santé mentale;
3. la maladie physique;
4. l'alcoolisme et les autres toxicomanies;
5. le phénomène du suicide chez les adolescents.

B. Coordination et soutien (dépannage) des intervenants en santé communautaire qui s'occupent d'éducation sanitaire et de services sociaux.

Bibliographie annotée : 17, 19, 20, 23, 26, 29, 33, 63, 76, 82, 88, 91, 111, 116, 117, 160, 161, 162, 182, 214, 224, 226, 227, a 241, 288, 297, 299, 301, 302, 309, 310, 316, 320, 324, 327, 328

3.7 Intervention

1. *Qu'entend-on par intervention en matière de suicide?*

Par intervention en matière de suicide, on entend les procédés ou moyens employés pour traiter ou aider une personne dans une crise de suicide, démarche comprenant une évaluation de risques, une consultation et un traitement. Certains parleront d'intervention d'urgence et d'autres limiteront l'emploi de ce dernier terme aux mesures prises pendant ou juste avant une tentative de suicide.

Bibliographie annotée : 25, 41, 50, 61, 64, 97, 119, 210, 226, 241, 301, 302, 332

2. *De quels moyens dispose-t-on pour l'intervention en matière de suicide?*

La plupart des collectivités ont des moyens qui sont ou *pourraient* être mis en oeuvre en vue d'une intervention dans une crise de suicide :

A. Services-secours de salles d'urgences pour le traitement médical des traumatismes physiques;

B. Services psychiatriques en établissement pour les états suicidaires aigus (avec l'assentiment ou non du suicidaire);

C. Services de clinique externe de psychiatrie pour les états suicidaires «gérables»;

D. Programmes hospitaliers de dépistage social comprenant :
   1. le recours à des gardiens ou à des intervenants en santé communautaire;
   2. un service-secours téléphonique 24 heures;
   3. une équipe d'intervention d'urgence;

E. Programmes de dépistage social réalisés par les services médicaux de la collectivité :
   1. ententes d'aiguillage conclues avec les services de consultation d'autres collectivités;
   2. intervenants formés (médecins, personnel infirmier, etc.) ou «gardiens» dans la collectivité;
   3. services communs à un certain nombre de petites collectivités;

F. Services de dépistage social dans la collectivité même :
   1. organismes de services sociaux formés aux tâches d'intervention en matière de suicide ou dotés d'un bon système d'aiguillage et de suivi des cas;
   2. services-secours ou centres de prévention du suicide dotés de services de consultation et de suivi ou capables d'aiguiller les suicidaires vers de tels services;
   3. services-secours ou services téléphoniques d'urgence 24 heures;

G. «Gardiens» comme le clergé, la police, le personnel scolaire ou le personnel carcéral, quand ils sont formés aux tâches d'intervention en matière de suicide.

Bibliographie annotée : 2, 19, 20, 25, 26, 36, 61, 88, 91, 99, 100, 101, 106, 111, 161, 197, 218, 220, 225, 226, 227, 228, 230, 241, 255, 262, 268, 301, 302, 310, 321, 333, 328, 346

3. *Quelles mesures prend-on dans une intervention auprès d'un suicidaire?*

Selon les divers stades de la crise de suicide, un certain nombre de mesures pourront être prises dans une intervention auprès d'un suicidaire :

A. **Intervention d'un service-secours téléphonique** — cette intervention est habituellement faite par un bénévole et doit être suivie d'une aide spécialisée.

B. **Policier, ambulancier ou membre d'une équipe d'intervention** — d'urgence ces gens interviennent si une tentative de suicide a eu lieu et que son auteur est en danger ou a besoin de soins médicaux.

C. **Placement forcé en établissement (hospitalisation)** — cette mesure est prise quand quelqu'un se trouve dans un état suicidaire aigu et, faute de se trouver dans un milieu protecteur, mettrait fin à ses jours s'il n'était pas placé en établissement.

D. **Placement volontaire en établissement (hospitalisation** — cette mesure est prise quand une personne se trouve dans un état suicidaire aigu et reconnaît la nécessité d'être prise en charge dans un milieu protecteur.

E. **Consultation professionnelle en clinique externe** — cette mesure est prise quand un suicidaire n'est pas immédiatement en danger. La consultation peut se faire aux endroits suivants :
   1. centres de prévention ou d'intervention d'urgence en matière de suicide;
   2. cliniques de psychiatrie ou d'hygiène mentale;
   3. centres de consultation;
   4. centres communautaires de services sociaux.

Bibliographie annotée : 26, 36, 41, 58, 60, 90, 95, 97, 99, 100, 111, 124, 132, 156, 210, 225, 226, 231, 246, 247, 276, 299, 310, 324, 329, 332

4. *Que peut faire une personne non formée pour quelqu'un qui se trouve en crise de suicide?*

Quand quelqu'un observe les signes précurseurs de suicide, il devrait venir immédiatement en aide au suicidaire, tout retard pouvant être fatal. S'il détecte un comportement suicidaire sans bien en connaître les signes avant-coureurs, il devrait quand même intervenir, car il vaut mieux pécher par excès de prudence que rester dans l'inaction. L'intervenant doit essayer de garder le suicidaire en vie jusqu'à l'obtention d'une aide spécialisée. Une fois les signaux d'alarme constatés, il devrait :

A. S'en remettre au jugement qu'il porte sur la situation;

B. Informer les autres si possible, (et notamment la famille, les amis et les gens qui sont en mesure d'apporter une aide spécialisée);

C. Rester avec le suicidaire;

D. L'écouter avec intelligence;

E. Le soutenir, mais sans acquiescer ni s'opposer à sa décision;

F. Inciter à demander une aide spécialisée et l'aider à la trouver;

G. S'abstenir absolument de fouetter le suicidaire en le mettant au défi d'accomplir son geste ou en employant toute autre méthode mise en évidence dans la fiction.

Bibliographie annotée : 13, 20, 35, 64, 65, 95, 110, 117, 119, 156, 163, 168, 214, 225, 233, 303

3.8 Postvention

1. *Qu'entend-on par postvention?*

Par postvention, on entend les mesures prises après un suicide pour atténuer le traumatisme des survivants et établir la nature de l'acte de suicide.

Bibliographie annotée : 65, 97, 143, 210, 226, 227, 236, 301, 302, 324, 332

2. *Quelles mesures sont prises en postvention?*

Deux grandes mesures sont prises en postvention :

A. Réduction du traumatisme des survivants par :
   1. soutien «de suivi»;
   2. des services de consultation;

B. Réalisation d'une autopsie psychologique visant à établir la nature de l'acte de suicide par l'obtention de renseignements d'ordre statistique et comportemental sur la victime.

Bibliographie annotée : 65, 97, 143, 170, 210, 226, 227, 236, 301, 302, 324, 332, 346

3. *Qu'entend-on par autopsie psychologique?*

Par autopsie psychologique, on entend l'examen de tous les aspects de la vie d'une personne après sa mort. A l'origine, on l'employait pour aider le coroner à trancher entre le suicide et l'accident, mais elle est devenue un excellent outil de recherche pour dégager le cours des événements tout au long de la vie de la victime qui a mené à l'acte de suicide. En plus de recueillir des données statistiques sur l'intéressé, l'auteur d'une autopsie psychologique s'attache aux activités exercées pendant les quelques mois qui ont précédé la mort. Il s'intéressera particulièrement aux modifications récentes ou anciennes du comportement qui pourraient avoir annoncé l'acte de suicide qui a été commis. Souvent, cette autopsie aura des vertus thérapeutiques pour les survivants si elle est menée avec sollicitude et compréhension.

Bibliographie annotée : 23, 241

3.9 Causes

1. *Quelle est la cause du suicide?*

La recherche n'a pas permis de cerner la cause spécifique du suicide et n'a dégagé que des causes possibles. On ne sait pas pourquoi quelqu'un choisira le suicide alors qu'une personne qui lui ressemble et qui vit dans des circonstances semblables ne le fera pas. La personne qui se suicide a peu à peu perdu la faculté de faire face aux émotions, aux anxiétés et au stress de la vie et s'est laissé envahir par des sentiments d'impuissance, d'infortune et de désespoir. On a établi un lien entre un certain nombre de facteurs sociaux, physiques et mentaux et l'acte de suicide, bien qu'il ne soit pas nécessaire que ces facteurs soient présents en totalité ou en grande partie pour qu'il y ait acte de suicide.

A. FACTEURS SOCIAUX

1. **Famille**
   - a) situation de célibataire, de divorcé, de séparé ou de veuf;
   - b) famille monoparentale ou «foyer brisé»;
   - c) famille peu nombreuse ou sans enfant;

2. **Désorganisation sociale**
   - a) conditions sociales défavorables;
   - b) piètres conditions de vie ou surpeuplement du milieu de vie;
   - c) isolement social (gens qui vivent seuls, sont sans foyer ou sans amis, vivent une vie de vagabond ou n'ont accès à aucun moyen de soutien social);
   - d) comportement criminel;
   - e) alcoolisme et autres toxicomanies;

3. **Ethnicité**
   - a) appartenance à un groupe ou à une nation présentant un taux de suicide élevé;

4. **Travail**
   - a) frustration au travail;
   - b) stagnation professionnelle;
   - c) chômage, retraite ou incapacité de travailler;

B. FACTEURS PHYSIQUES

1. **Maladie**
   - a) maladie chronique, particulièrement celles qui sont attribuables au vieillissement;
   - b) maladie douloureuse;
   - c) maladie réelle ou imaginaire que l'on pense ou sait incurable;

2. **Changements organiques**
   a) changements hormonaux pendant le cycle menstruel, la ménopause ou la grossesse;
   b) effets saisonniers, surtout au printemps et au début de l'été;
   c) déséquilibre chimique au cerveau ou dans le reste de l'organisme;
   d) facteurs héréditaires possibles;

C. **FACTEURS MENTAUX**

1. **Troubles mentaux**
   a) dépression;
   b) mauvaise santé mentale;
   c) névrose;
   d) schizophrénie;
   e) psychose;

2. **Stress**
   a) stress environnemental;
   b) stress accumulé ou chronique;

3. **Alcoolisme et autres toxicomanies**
   a) dépendance;
   b) dépression grave;
   c) isolement.

Bibliographie annotée : 1, 4, 11, 13, 23, 29, 52, 65, 86, 89, 90, 98, 111, 117, 129, 132, 142, 146, 156, 171, 175, 212, 226, 243, 263, 271, 277, 279, 280, 281, 305, 306, 309, 310, 313, 324, 327, 328, 332, 341, 342

2. *La dépression cause-t-elle le suicide?*

On constate souvent que les gens qui s'enlèvent la vie ou attentent à leurs jours souffrent de dépression. Toutefois, seule une faible proportion de déprimés tentent de se suicider. La dépression ne cause pas nécessairement à elle seule le comportement suicidaire, mais peut compter parmi les facteurs qui entrent en jeu.

Bibliographie annotée : 11, 111, 129, 132, 175, 263, 277, 310

3. *L'abus de l'alcool cause-t-il le suicide?*

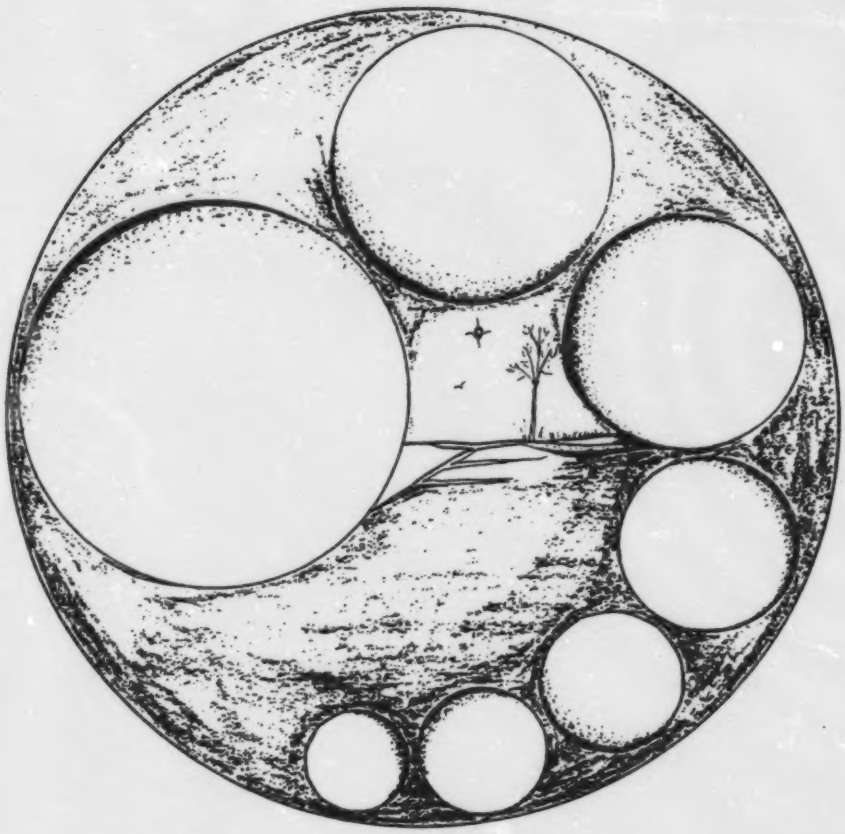
On sait que l'abus régulier de l'alcool est un facteur de risque de suicide. L'abus persistant de l'alcool est dangereux et on peut y voir un comportement autodestructeur, car il est susceptible d'entraîner un jour la mort. L'abus de l'alcool peut concourir à faire naître ou à aggraver d'autres facteurs de risque comme l'isolement social, la maladie chronique ou douloureuse, les ennuis familiaux, les problèmes matrimoniaux, le comportement criminel, l'incarcération ou les difficultés professionnelles.

Bibliographie annotée : 11, 19, 20, 21, 39, 55, 86, 93, 95, 106, 111, 150, 163, 175, 179, 226, 241, 263, 273, 277, 306, 310, 328

4. ***L'abus de drogues ou d'autres substances toxiques peut-il causer le suicide?***

L'abus de drogues ou d'autres substances toxiques est un facteur de risque de suicide. Comme l'abus de l'alcool, il peut faire naître ou aggraver d'autres facteurs de risque comme l'isolement social, les ennuis de santé chronique, le comportement criminel, l'incarcération et les difficultés professionnelles. Beaucoup de drogues sont mortelles et peuvent causer la mort par surdose accidentelle ou intentionnelle. A cause des risques connus de la consommation d'un grand nombre de drogues et substances toxiques, l'abus persistant peut également être assimilé à un comportement autodestructeur.

Bibliographie annotée : 11, 19, 39, 51, 54, 77, 86, 95, 105, 111, 159, 163, 193, 241, 273, 277, 283, 284, 285, 288, 295, 300, 301, 303, 343



CHAPITRE 4

CENTRES ET RESSOURCES DE PRÉVENTION DU SUICIDE

CENTRES ET RESSOURCES DE PRÉVENTION DU SUICIDE

La liste suivante de centres et de ressources de prévention du suicide se présente par ordre alphabétique selon les provinces et les mentions relatives à chaque province sont également disposées par ordre alphabétique selon les villes.

4.1 Alberta

Calgary Telecare
C.P. 4739
Succursale C
Calgary (Alberta)
(403)261-4765
(403)266-0700

Association canadienne
pour la santé mentale
723, 14e rue nord-ouest,
bureau 201
Calgary (Alberta)
T2N 2A4
(403)283-7591

Distress Centre/Drug Centre
223, 12e avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
(403)266-1601
(403)226-1605

Salvation Army Suicide Prevention
237, 17e avenue sud-est
Calgary (Alberta)
(403)263-3943
(403)252-3111

Suicide Information and
Education Centre
723, 14e rue nord-ouest,
bureau 103
Calgary (Alberta)
T2N 2A4
(403)249-3346

Centre d'information et
d'éducation sur le suicide
1615, 10e avenue sud-ouest,
bureau 201
Calgary (Alberta)
T3C 0J7
(403)245-3900

Centre d'information et d'éducation sur le suicide
(CIES)/Formation en prévention du suicide
1615, 10e avenue sud-ouest, bureau 201
Calgary (Alberta)
T3J 0J7
(403)245-3900

Camrose Counselling Service Aid Line
5402, 48e Avenue A
Camrose (Alberta)
T4V 0L3
(403)672-0141
(403)672-2833

Cold Lake Help & Crisis Line
C.P. 87
Cold Lake (Alberta)
T0A 0V0
(403)639-3335
(403)639-3334

A Better Way Peoples Church
11205, 101e rue
Edmonton (Alberta)
(403)474-8436
(403)639-3337

Aid Service of Edmonton
10711, 107e avenue, bureau 203
Edmonton (Alberta)
T5H 0W6
(403)426-6924
(403)425-4252

Association canadienne pour la santé mentale
12120, 106e avenue, bureau 200
Edmonton (Alberta)
T5N 0Z2
(403)482-6091

Community Inter-Agency Suicide
Prevention Program (CISPP)
a/s Suicide Prevention Advisory Committee
Carol Corpela (président)
Ministère de la Santé
10030, 107e rue, 6e étage
Edmonton (Alberta)
T5J 3E4

Armée du Salut
9656, avenue Jasper, no 3
Edmonton (Alberta)
(403)424-6924
(403)422-2727

Aid Service of Fort McMurray
8530, avenue Franklin
Fort McMurray (Alberta)
T9H 2J3
(403)743-5000
(403)743-4357

Suicide Prevention Program
9715, rue Principale, bureau 202
Fort McMurray (Alberta)
T9H 1T5
(403)743-8605

Suicide Prevention Program
10118, 101e avenue, bureau 201
Grand Prairie (Alberta)
T8V 0Y2
(403)539-6692

Association of Professor Menno Boldt (IASP)
Université de Lethbridge
4401, promenade University
Lethbridge (Alberta)
T1K 3M4

Association canadienne pour la santé mentale
505, 7e rue sud, bureau 200
Lethbridge (Alberta)
T1J 2G8
(403)329-4775

Lethbridge Family Services
515, 7e rue sud, 3e étage
Lethbridge (Alberta)
T1J 2G8
(403)327-5724

Association canadienne pour la santé mentale
398, rue Aberdeen sud-est
Medicine Hat (Alberta)
T1A 0R2
(403)529-6011

Living Hope
1741, chemin Dunmore sud-est, bureau 201
Medicine Hat (Alberta)
T1A 1Z8
(403)529-9000

Association canadienne pour la santé mentale
2,5015, 48e rue, no 2
Red Deer (Alberta)
T4N 1S9
(403)342-2266

Association canadienne pour la santé mentale
C.P. 640
Red Deer (Alberta)
T4N 5G6
(403)342-4966

4.2 Colombie-Britannique

Crisis Line
111, chemin Columbia
Abbotsford (Colombie-Britannique)
V2S 4N5
(604)859-5507
(604)859-7716

Campbell River Counselling & Crisis Line
437, 10e avenue, bureau 207
Campbell River (Colombie-Britannique)
V9W 4E4
(604)287-2421
(604)287-7743

Chilliwack Crisis Line
45826, avenue Wellington
Chilliwack (Colombie-Britannique)
V2P 2E1
(604)792-4267
(604)792-7242

Lifeline Crisis & Information Centre
C.P. 1142
Coquitlam (Colombie-Britannique)
V3J 6Z8
(604)931-7455/6
(604)939-2422/3

Crossroads Crisis Centre
1970, avenue Cliffe
Courtenay (Colombie-Britannique)
V9N 2L1
(604)334-2455

Community Action Centre/Crisis Line
19, 10e avenue sud
Cranbrook (Colombie-Britannique)
V1C 2M9
(604)426-8019
(604)426-8407

Centre d'appels d'urgence Cowichan
C.P. 880
Bureau de bande Cowichan
Duncan (Colombie-Britannique)
V9L 3Y2
(604)748-3731

Crisis Line Fort St. John
10247, 100e avenue
Fort St. John (Colombie-Britannique)
V2J 1Y5
(604)785-0468
(604)785-8811

Fraser Lake Crisis Line
C.P. 790
Fraser Lake (Colombie-Britannique)
V0J 1S0
(604)699-6315

Hope Community Service
C.P. 74, pièce 6
4444, rue Park
Hope (Colombie-Britannique)
V0X 1L0
(604)869-2466
(604)869-7211

Thompson Valley Crisis & Counselling Services Association
166, chemin Oriole
Kamloops (Colombie-Britannique)
(604)372-3433
(604)372-2124

CR3-Community Resources
1441, rue Ellis
Kelowna (Colombie-Britannique)
V1Y 2A3
(604)763-8088
(604)753-9191

Crisis Line Kelowna
C.P. 307
Kelowna (Colombie-Britannique)
V1Y 7N8
(604)763-9444
(604)763-9191

Langley Crisis Line
5339, 207^{e} rue
Langley (Colombie-Britannique)
V3A 2E6
(604)534-7291

Mission Crisis Line
a/s 33070, 5^{e} avenue
Mission (Colombie-Britannique)
V2Y 1V5
(604)826-3634
(604)853-5355

A.I.D. Crisis Centre
110, 285, rue Prideau, bureau 110
Nanaimo (Colombie-Britannique)
V9R 2N2
(604)753-2495
(604)754-4447/8

Nelson Community Service Centre
601B, rue Front
Nelson (Colombie-Britannique)
V1L 4B6
(604)352-3504

Dial-For-Help
C.P. 14
Powell River (Colombie-Britannique)
V8A 4Z5
(604)485-6006
(604)485-5112

Crisis Intervention Society
1306, 7e avenue
Prince George (Colombie-Britannique)
(604)564-5736
(604)563-1214

Contact Line & Centre
324, rue Hoy
Quesnel (Colombie-Britannique)
V2J 1X3
(604)992-5658
(604)992-9414

CHIMO Personal Distress Intervention Service
7120, chemin Westminster
Richmond (Colombie-Britannique)
V6X 1A1
(604)273-8661
(604)273-8701

Contact Community Assistance Service
7120, chemin Westminster
Richmond (Colombie-Britannique)
V6X 1A1
(604)273-8661
(604)273-8701

Contact Community Assistance Service
C.P. 75
Sooke (Colombie-Britannique)
V0S 1N0
(604)642-5484

Surrey Crisis Line
9815, 140e rue
Surrey (Colombie-Britannique)
V3T 4M4
(604)584-5811
(604)588-0188

Community Services Crisis Line
4603D, avenue Par
Terrace (Colombie-Britannique)
V8G 1V5
(604)635-5135
(604)635-5566

Crisis Intervention & Suicide Prevention
1946, avenue Broadway ouest
Vancouver (Colombie-Britannique)
(604)733-1171
(604)228-3700

Gary Mavis (AIPS)
1946, avenue Broadway ouest
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6J 1Z2
Speakeasy Crisis & Information Centre
Pièce 100B
C.P. 115

Résidence des étudiants
Université de Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6T 6M1
(604)228-3777
(604)228-3700

People in Need Crisis Intervention
Society of Vernon & District
C.P. 96
Vernon (Colombie-Britannique)
V1T 6M1

(604)545-8074
(604)545-2339
Need Crisis Line
C.P. 5112
Succursale B
Victoria (Colombie-Britannique)
(604)386-6328
(604)386-6323

Crisis & Counselling Centre
197, 2e avenue nord, bureau 302
Williams Lake (Colombie-Britannique)
V2G 1Z5
(604)398-8224/8

4.3 Manitoba

Flin Flon Committee for Women and Children in Crisis
130, rue Green
Flin Flon (Manitoba)
R8A 0P9
(204)687-8255

Crisis Call Centre Corp. Inc.
C.P. 98
Selkirk (Manitoba)
R1A 2B1
(204)482-8100

Harbour Light Centre (Armée du Salut)
221, avenue Rupert
Winnipeg (Manitoba)
R3B 0N3
(204)943-6573
(204)943-4300

Klinic Inc.
545, avenue Broadway
Winnipeg (Manitoba)
R3C 0W3
(204)786-6943
(204)786-8686

YWCA'S Osborne House
54, rue Balmoral
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2X4
(204)783-8210

4.4 Nouveau-Brunswick

Tel-Aide J'Écoute Inc.
C.P. 687
Edmonston (Nouveau-Brunswick)
E3U 3S1
(506)739-7812

CHIMO Help Centre Inc.
C.P. 1033
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5C2
(506)454-4262
(506)455-9464

Help 24 Au Secours
C.P. 2961
Succursale postale A
Moncton (Nouveau-Brunswick)
E1C 8T8
(506)857-9782

Association canadienne pour
la santé mentale (section de Saint John)
Place 400
400, rue Principale
Saint John (Nouveau-Brunswick)
E2K 1J4
(506)633-1705

Suicide Crisis Intervention Line
C.P 755
Saint John (Nouveau-Brunswick)
E2L 4B3
(506)642-5241

4.5 Terre-neuve et Labrador

4.6 Territoires du Nord-Ouest

Help Information & Distress Centre
C.P. 2580
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2P9
(403)873-3190

4.7 Nouvelle-Écosse

Help Line South Shore
C.P. 361
Bridgewater (Nouvelle-Écosse)
B4V 2W9
(902)543-2999

Solomon Hirch (AIPS)
5855, promenade Inglewood
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 1B2

Help Line
a/s Université Dalhousie
Chemin Coburg et rue Oxford
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 3J2
(902)442-2048
(902)442-7444

Military Support Centre
2730, rue Gottigen
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3K 2X0
(902)427-8100

Révérend Père Osborg (AIPS)
«Libertas»
Hampton, comté d'Annapolis
(Nouvelle-Écosse)

Valley Care Line
C.P. 1204
Middleton (Nouvelle-Écosse)
B0S 1P0
(902)825-4884

Pictou County Help Line
C.P. 386
New Glasgow (Nouvelle-Écosse)
B2H 5E5
(902)755-5790

Cobequil Help Line Association
C.P. 1503
Truro (Nouvelle-Écosse)
Help Line
C.P. 1661
Truro (Nouvelle-Écosse)
B2N 5Z5
(902)893-3333

4.8 Ontario

Barrie Télébonjour
C.P. 723
Barrie (Ontario)
L4M 4Y5
(705)726-7922

Belleville Telébonjour
C.P. 503
Belleville (Ontario)
K8N 5B2
(613)962-4111

Bolton Contact Centre
C.P. 701
Bolton (Ontario)
L0P 1A0
(416)857-1140
(416)857-1050

Centre de contact Télébonjour
C.P. 482
Brampton (Ontario)
L5V 2L4
(416)459-8439
(416)459-7730

Burlington Télébonjour
C.P. 402
Burlington (Ontario)
L7R 3Y3
(416)385-1903

Chatham Télébonjour
C.P. 96
Chatham (Ontario)
(519)354-6037
(519)354-3500

North Halton Contact Centre
C.P. 85
Georgetown (Ontario)
L7G 4T1
(416)877-0655
(416)877-1211

Centre de détresse de Guelph
177, rue Norfolk
Guelph (Ontario)
N1H 4K1
(519)821-3760
(519)821-3761

Hamilton Télébonjour
C.P. 927
Hamilton (Ontario)
L8N 3P9
(416)525-8616

Kenneth S. Adams (AIPS)
Université McMaster
Département de psychiatrie
1200, rue Principale ouest
Hamilton (Ontario)
L8N 3Z5

Dr Sakinofscy (AIPS)
Hôpital Saint-Joseph
50, avenue Charlton est
Hamilton (Ontario)

J.W.T. Lamb (AIPS)
24, boulevard Princess Margaret
Islington (Ontario)
M9A 1Z4

Kingston Community Helpline
C.P 171
Kingston (Ontario)
K71 4V8
(613)544-1234

Telephone Aid Kingston
51, croissant Queen
Kingston (Ontario)
K7L 2S7
(613)544-1771
(613)546-6869

Association canadienne pour
la santé mentale : Joanne Christie
607, rue King ouest
Bureau 202
Kitchener (Ontario)
N2G 1C7

Lifeline Telecare Inc.
C.P. 281
Lindsay (Ontario)
K9V 4S1
(705)324-0042
(705)324-4411

Contact Crisis Centre Inc.
C.P. 801
Succursale B
London (Ontario)
(519)433-5151
(519)433-0440

Telecare Teleministries of
Canada National Resource Centre Office
C.P. 695
Midland (Ontario)
L4R 4P4
(705)526-8058

Distress Line Peel
C.P. 465
Port Credit (BP)
Mississauga (Ontario)
L5G 4M1
(416)278-7028
(416)278-7055

Centre d'appels d'urgence de North Bay
C.P. 1407
North Bay (Ontario)
P1B 6K6
(705)472-6204

Centre d'appels d'urgence d'Oakville
C.P. 776
Oakville (Ontario)
(416)884-4541
(416)844-4542

Centre d'intervention des Six Nations
Bureau de poste d'Ohsweken
Ohsweken (Ontario)
N0R 1M0
(519)455-2950

Centre de détresse de la région de Dufferin
C.P. 52
Orangeville (Ontario)
L9W 2Z5
(519)941-9000

Orillia Télébonjour
C.P. 2165
Orillia (Ontario)
(705)325-9543

Centre de détresse de la région de Durham
C.P. 703
Oshawa (Ontario)
L1H 7M9
(416)686-2366
(416)723-4461

Centre de détresse d'Ottawa
C.P. 739
Succursale B
Ottawa (Ontario)
K1P 5P8
(613)238-3311
(613)238-1089

Tel-Aide Outaouais
C.P. 8484
Ottawa (Ontario)
K1G 3H9
(613)741-6433
(613)741-4381

Peterborough Télébonjour
C.P. 1535
Peterborough (Ontario)
K9J 7H7
(705)742-8590
(705)932-5307

Centre d'orientation de Sarnia
681, rue Oxford
Sarnia (Ontario)
N7T 6Z7
(519)336-0120
(519)336-3000

Sault Ste. Marie Télébonjour
C.P. 803
Sault Ste. Marie (Ontario)
P6A 5N3
(705)256-7576
(705)254-6888

Centre de détresse de Scarborough
C.P. 61
Scarborough (Ontario)
P6A 4Y7
(416)751-4888
(416)751-6890

Centre de détresse de St. Catharines
C.P. 145
St. Catharines (Ontario)
L2R 6R4
(416)688-3711
(416)688-2991

Stratford Télébonjour
C.P. 501
Stratford (Ontario)
N5A 6T7
(416)271-2131
(416)273-0111

Sudbury Télébonjour
C.P. 602
Sudbury (Ontario)
P3E 4P8
(705)675-1121
(705)675-1122

Thunder Bay Télébonjour
C.P. 2025
Thunder Bay (Ontario)
P7B 5E7
(807)344-1192

Timmins Télébonjour
C.P. 53
Timmins (Ontario)
P4N 7C7
(705)267-5000

Association canadienne pour la santé mentale
2160, rue Yonge
Toronto (Ontario)
M4S 2Z3

Centre de détresse (AIPS)
10, place Trinity
Toronto (Ontario)
M4G 1B1

Centre de détresse no 1
C.P. 393
Succursale postale K
Toronto (Ontario)
M5G 1B1
(416)598-1121
(416)589-1066

Centre de détresse no 2
C.P. 393
Succursale postale K
Toronto (Ontario)
M5G 1B1
(416)486-1456
(416)486-6766

Rolf Lederer (AIPS)
Centre médical de Rosedale
Succursale 607
600, rue Sherbourne
Toronto (Ontario)
M4X 1W4

Raymond Homewood (AIPS)
Consultation d'urgence et en prévention du suicide
100, rue Lombard
Bureau 111
Toronto (Ontario)
M5C 1M3

Kenneth Graham (AIPS)
Armée du Salut
Metro Family Services
C.P. 4021, succursale A
Toronto (Ontario)
M5W 2B1

Ontario Association of Distress Centres
811A, rue Queen est
Toronto (Ontario)
M4M 1H8
(416)463-6606

Gordon Winch (AIPS)
10, place Trinity
Toronto (Ontario)
M4G 1B1

Salvation Army Emergency Bureau
C.P. 4021
Toronto (Ontario)
M5W 2B1
(416)368-0310
(416)368-3111

Survivor Support Program
10, place Trinity
Toronto (Ontario)
M4G 1B1
(416)595-1716

Toronto East General Crisis Intervention
825, avenue Coxwell
Toronto (Ontario)
(416)7272
(416)461-0311

Youth Line Huntley Youth Service
34, rue Huntley
Toronto (Ontario)
M4L 2Y1
(416)967-1773
(416)922-1700

Peter A. Eglin (AIPS)
Université Wilfred Laurier
Waterloo (Ontario)
N2L 3C5

Waterloo Helpline
C.P. 851
Waterloo (Ontario)
N2J 4L9
(519)745-1166
(519)745-5281

Etobicoke Télébonjour
C.P. 421
Weston (Ontario)
M9N 3M1
(416)247-5425
(416)247-2528

Barbara Fitchette (AIPS)
50, avenue Parkview
Willowdale (Ontario)

Turning Point
404, chemin Huron Church
Windsor (Ontario)
N9C 2J9
(519)253-6451

Centre de détresse de Windsor/Essex
C.P. 2025
Walkerville
Windsor (Ontario)
N8Y 4P6
(519)973-4967

Help Services of Windsor/Essex County Inc.
783, rue Wyandotte est
Windsor (Ontario)
N9A 3J5
(519)973-4966
(519)253-6351

Woodstock Télébonjour
C.P. 792
Woodstock (Ontario)
N4S 8A2
(519)53703451

4.9 Ile-du-Prince-Édouard

Sign of the Fish Helpline
C.P. 1712
Charlottetown (Ile-du-Prince-Édouard)
C1A 7N4
(902)894-3473

4.10 Québec

Tel-Aide Hôtel-Dieu d'Arthabaska
5, rue des Hospitalières
Arthabaska (Québec)
G6P 6N2
(819)357-9211

Association des postes d'écoute
téléphonique du Québec
68, rue Nord
Aylmer (Québec)
J9H 2W7
(613)996-1429

André R. Ferri (AIPS)
4, place Radisson, n° 102
Hull (Québec)
J8Z 1T6

A. M. Mann (AIPS)
Hôpital général de Montréal
1605, avenue Cedar
Montréal (Québec)
H3G 1A4

Carl J. Lemieux (AIPS)
C.P. 205
Succursale H
Montréal (Québec)
H3G 2K7

Paul C. Veilleux (AIPS)
4620, rue Hutchinson
Montréal (Québec)
H2V 3Z9

Brian L. Mishara (AIPS)
Université de Québec à Montréal
C.P. 8888
Succursale A
Montréal (Québec)
H3P 3P8

Centre hospitalier St. Mary Centre de détresse
3830, avenue Lacombe
Montréal (Québec)
H3T 1M5
(514)344-3621
(519)344-3511

Tel-Aide Inc.
C.P. 205
Succursale H
Montréal (Québec)
H3G 2K7
(514)935-1105
(514)935-1101

A/S Caritas-Sherbrooke Secours-Amitié
C.P. 1596
Sherbrooke (Québec)
J1H 5M4
(819)566-6345
(514)344-3511

Richelieu Inc. Tel-Aide
C.P. 521
Sorel (Québec)
J3P 5N9
(514)935-1105
(514)742-9111

Trois-Rivières Tel-Écoute
C.P. 501
Trois-Rivières (Québec)
G9A 5J3
(819)378-6050
(819)379-4242

4.11 Saskatchewan

Prince Albert Mobile Crisis Unit Co-op
1100, 1re avenue est
Prince Albert (Saskatchewan)
S6V 2A7
(306)764-1011

André Barclay Masters (AIPS)
490, centre Midtown
Regina (Saskatchewan)
S4P 2B6

Mobile Crisis Services Inc.
1109, 11e avenue
Regina (Saskatchewan)
S4P 0G6
(306)757-0127

Saskatoon Crisis Intervention Service
136, avenue F sud
Saskatoon (Saskatchewan)
S7M 1S8
(306)933-6200

4.12 Yukon

Yukon Crisis Line
32, promenade Sunset nord
Whitehorse (Yukon)
Y1A 4M8

4.13 Canada

Association canadienne pour la prévention du suicide
C.P. 56
Succursale K
Toronto (Ontario)
M4P 2G1
Président : Antoon Leenaars
(519)253-9377